Voorlichting, hulp en opvang aan tienermoeders in beeld

Colofon

Uitgever: JSO
Auteurs: Rieneke de Groot, Geeske Hoogenboezem, José Huzen, Leon van Lier, Irene van Staalduinen
Eindredactie: Rieneke de Groot
Datum uitgave: 2015, 15 januari
Bezoekadres: JSO
Nieuwe Gouwe Westzijde 1, 2802 AN Gouda
Postbus 540, 2800 AM Gouda
T 0182 547888
F 0182 547889
E info@jso.nl
www.jso.nl

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Inhoudsopgave

Samenvatting

Het Ministerie van VWS wil inzicht in het aanbod van de preventie van onbedoelde tienerzwangerschap en de ondersteuning van tienermoeders. Daartoe heeft JSO een inventarisatie gemaakt van het aanbod aan preventie en aan voorlichting, hulp en opvang. Dit omvat zowel het landelijke en provinciale aanbod als dat van een selectie van zes gemeenten. De inventarisatie heeft inzicht opgeleverd in wat goed gaat en wat beter kan.
De gekozen aanpak is typerend voor JSO: veldexpertise in kaart brengen en beschikbaar maken voor beleidsontwikkeling. Daartoe is het aanbod in kaart gebracht met behulp van deskresearch, zijn met veldinstellingen interviews afgenomen en zijn tijdens focusgroepen en expertmeetings professionals en tienermoeders/jonge moeders bevraagd op hun ervaringen.

De vraag van VWS gaat specifiek over tieners. Het veld maakt echter vaak geen onderscheid tussen tienermoeders (jonger dan 20 jaar) en jonge moeders (20 tot 23 jaar), wat gemakkelijk tot begripsverwarring leidt. In 2014 waren er 2.429 tienermoeders, daarbij is sprake van een dalende trend. Nederland doet het daarmee goed in Europa; alleen Denemarken en Zwitserland doen het beter. Er zijn bijna vijf keer zoveel jonge moeders als tienermoeders. Kwetsbare groepen tieners, bijvoorbeeld uit multiprobleemgezinnen, lopen extra risico om onbedoeld zwanger te worden.

Een aantal observaties over de kwaliteit van de voorlichting, hulp en opvang overstijgen de afzonderlijke thema's. Tienermoeders en hun kind lopen meer dan anderen risico op problemen bij opgroeien en opvoeden. In beeld blijven bij zowel overheid als de instellingen, uitgewerkt in een vindbaar aanbod van geïntegreerde en samenhangende hulp, is nodig om die problemen aan te kunnen. Of tienermoeders het hulpaanbod goed kunnen vinden, verschilt per gemeente. Ook verschilt per gemeente hoe het instrumentarium rondom tienermoeders is vormgegeven. Waar sommige grote gemeenten werken met een eigen jonge moeder-loket en een zogenoemde tienermoederketen, verwijzen anderen naar de algemene reguliere voorzieningen. Niet in alle gemeenten wonen immers veel tienermoeders, maar dat doet niet af aan het feit dat elke gemeente oog moet hebben voor alle thema's die voor tienermoeders belangrijk zijn. Denk daarbij aan prenatale ondersteuning, gehechtheid, opvoedondersteuning, huisvesting en maatwerk bij onderwijs. Op dit moment brengen bovendien de recente decentralisaties van de jeugdzorg en AWBZ veel teweeg in het veld. De geïnterviewde professionals zien in de decentralisaties kansen voor gemeenten om beter dan voorheen maatwerk te bieden en het sociale netwerk van tieners daarbij te betrekken. Zorgen zijn er ook: zij zijn vooral bang voor het verdwijnen van expertise en middelen. Door de instellingen structureel expertise te laten delen, hun deskundigheid te bevorderen en ze tools en good practices aan te reiken, kan de kwaliteit beter worden geborgd dan nu. Aan maatwerk kan beter invulling worden gegeven door aan te sturen op combinaties van ambulante hulp en opvang, bovenregionale afspraken over specialistische hulp en opvang en de combinatie van ouderschap en onderwijs. Bovendien kunnen bovenregionale afspraken tussen gemeenten er voor zorgen dat opvang ook toegankelijk blijft voor tienermoeders uit regio's zonder opvangvoorzieningen.

Het Ministerie van VWS heeft gevraagd om de inventarisatie uit te werken op vier onderwerpen, namelijk: voorlichting seksuele gezondheid, voorlichting aan zwangere tieners, ambulante hulp aan tienermoeders en opvang van tienermoeders. Voor de voorlichting over seksuele gezondheid hebben landelijk werkende instellingen vooral algemene voorlichtingsprogramma's beschikbaar, die het veld kan inzetten voor de preventie van onbedoelde zwangerschap. Het bereik en de effectiviteit van deze voorlichtingsprogramma's blijken vaak niet onderzocht. Deze programma's kunnen specifieker worden doorontwikkeld en ingezet voor risicogroepen. In 2013 werden 5.547 tieners zwanger. Tienermoeders

en professionals geven aan dat anticonceptie vaak niet goed is gebruikt wanneer tieners onbedoeld zwanger raken. Dit wordt bevestigd door onderzoek. Anticonceptiebegeleiding aan tieners, bijvoorbeeld door de huisarts, kan de preventie van onbedoelde zwangerschappen versterken. Als tieners onbedoeld zwanger raken, kunnen zij ondersteuning krijgen bij het maken van hun keuze over het afbreken of uitdragen van de zwangerschap. Dit kan zowel online en telefonisch, als face to face bij 18 landelijke hulpposten, abortusklinieken, bij huisartsen en andere lokale reguliere hulp. Niet alle vormen van ondersteuning blijken even bekend bij professionals. De bevraagde tienermoeders waarderen de voorlichting, maar zouden die graag aanvullen met ervaringsverhalen van vrouwen die hetzelfde hebben meegemaakt. Zwangere tieners die kiezen om de zwangerschap uit te dragen, kunnen daarbij online, telefonisch en face to face ondersteuning krijgen. Ook kunnen zwangere tieners en tienermoeders gebruikmaken van de reguliere lokale ambulante hulp. Zoals gezegd, valt aan de kwaliteit nog het nodige te verbeteren. Zowel bij professionals als bij tienermoeders is niet altijd duidelijk waar zij terecht kunnen voor deze ondersteuning, en professionals van reguliere ambulante hulp kunnen niet terugvallen op handvatten of richtlijnen van hun landelijke koepels. Sommige lokale hulpverlening hanteert wel een werkwijze met specifieke aandachtspunten voor tienermoeders. Ook is er voor de professionals een aanbod aan opvoedprogramma’s dat weliswaar niet specifiek gericht is op tienermoeders, maar wel werkzame elementen heeft voor deze doelgroep. In Nederland zijn 32 opvangvoorzieningen voor tienermoeders en jonge moeders die 403 gezinnen kunnen opvangen. De voorzieningen verschillen onderling in werkwijze en in doelgroepen die opgevangen worden. De opvangvoorzieningen hebben aandacht voor inzet van het sociaal netwerk, opvoeding, het versterken van de gehechtheidsrelatie tussen moeder en kind, weerbaarheid en sociale vaardigheden. Dit zijn belangrijke thema’s voor tienermoeders. In tegenstelling tot de ambulante hulp, werken de opvangvoorzieningen vaak met beschreven interventies en methoden.

De vraag of, naast de kwaliteit van het aanbod, ook de omvang van het aanbod volstaat, is niet zomaar met ja of nee te beantwoorden. Daarvoor is een tweetal redenen. Ten eerste is het slechts mogelijk om met zeer grote voorzichtigheid een indicatie te geven van het aandeel zwangere tieners en tienermoeders dat extra ondersteuning of opvang nodig heeft, namelijk gebaseerd op een regionale studie in Zuid-Holland Zuid. Het aandeel tienermoeders met ondersteuningsbehoefte bedraagt daar 40%. Van de tienermoeders heeft 30% bovendien behoefte aan hulp bij het vinden van andere woonruimte. Het is niet mogelijk om hiermee iets te zeggen over de landelijke aantallen, maar het geeft wel een beeld.

Ten tweede, en dit maakt conclusies over de omvang van de ondersteuning onmogelijk, ontbreekt het gemeenten en instellingen aan cijfers over het bereik en de effectiviteit van hun aanbod. Daarbij komt nog dat ambulante hulp en opvang vaak zowel op tienermoeders als op jonge moeders zijn gericht, waardoor de cijfers over ambulante hulp en opvang specifiek voor tienermoeders ontbreken.

Leeswijzer

Deze rapportage beschrijft de samengevatte resultaten van de inventarisatie die in de tweede helft van 2014 door JSO is uitgevoerd, van het aanbod aan interventies ter preventie van tienerzwangerschap, voorlichting en hulp aan zwangere tieners en (aanstaande) tienermoeders, en opvang voor tienermoeders.

De belangrijkste bevindingen van deze inventarisatie leest u in de samenvatting. Gevolgd door de aanleiding en het doel van het onderzoek.
In hoofdstuk 1, Zwangere tieners en tienermoeders, wordt ingegaan op de doelgroep, aantallen en achtergronden van zwangere tieners en tienermoeders. Hoofdstuk 2, Achtergrond en wettelijke kaders, beschrijft het wettelijke en kader van interventies voor preventie tienerzwangerschap, zwangere tieners en (aanstaande) tienermoeders. Hoofdstuk 3, de Methode, beschrijft de onderzoeksopzet voor de inventarisatie.

In de hoofdstukken 4 t/m 7 worden de resultaten van de inventarisatie per onderzoeksvraag samengevat. Hoofdstuk 4, Voorlichting over seksuele gezondheid, beschrijft het aanbod aan interventies ter preventie van tienerzwangerschap. Hoofdstuk 5, Voorlichting aan (onbedoeld) zwangere tieners en de vaders, beschrijft het landelijk aanbod aan keuzevoorlichting en keuzebegeleiding. Hoofdstuk 6, Ambulante hulp aan (aanstaande) tienermoeders, beschrijft het landelijke aanbod aan ambulante hulp voor zwangere tieners die de zwangerschap uitdragen en de ambulante hulp aan tienermoeders. Hoofdstuk 7, Opvang voor tienermoeders, beschrijft het landelijk en regionaal beschikbare aanbod aan opvang voor (aanstaande) tienermoeders.

Hoofdstuk 8, Voorlichting, hulp en opvang in gemeenten, beschrijft het geïnventariseerde aanbod aan interventies voor preventie tienerzwangerschap, zwangere tieners en (aanstaande) tienermoeders van de gemeenten Den Haag, Utrecht, Maastricht, Deventer, Den Helder en Goeree-Overflakkee,

In hoofdstuk 9, de Conclusie, leest u opvallende punten en conclusies die naar aanleiding van de inventarisatie naar voren zijn gekomen. Zowel over wat er goed gaat, als wat er beter kan.

Ten slotte volgen nog enkele bijlagen. Bijlage 1 presenteert de resultaten van de inventarisatie van het landelijke aanbod. Bijlage 2 geeft een overzicht van de opvangvoorzieningen naar indicatie en doelgroep. Bijlage 3 geeft de resultaten van de inventarisatie onder gemeenten weer. In bijlage 4 vindt u vervolgens de verslagen van de focusgroepen en expertmeeting, en bijlage 5 is de literatuurlijst.

Opdracht

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft, naar aanleiding van de amendementen (kst-33750-XVI-17/ kst-33750-XVI-71), JSO gevraagd om onderzoek te doen naar het aanbod preventie van onbedoelde tienerzwangerschap en de ondersteuning van tienermoeders. Met het onderzoek wordt een 'foto' van de stand van zaken gemaakt van het aanbod aan preventie en aan voorlichting, hulp en opvang, zowel kwantitatief als kwalitatief. Het doel van de opdracht is beter zicht krijgen of er op dit vlak hiaten en verbeterpunten zijn.

Voor dit onderzoek is het aanbod geïnventariseerd van landelijke organisaties, de provincies en van zes gemeenten. De onderzoeksvragen in dit onderzoek zijn:

- Wat is het aanbod aan voorlichting over seksuele gezondheid?
- Wat is het aanbod aan voorlichting aan (onbedoeld) zwangere tieners en aan de vaders?
- Wat is het aanbod aan ambulante hulp voor (aanstaande) tienermoeders?
- Wat is het aanbod aan opvangvoorzieningen voor tienermoeders?

Naar aanleiding van de inventarisatie is er een analyse gemaakt van de foto. Hieruit kwam naar voren wat goed gaat en wat verbeterpunten zijn.

Deze inventarisatie is uitgevoerd in het najaar van 2014, met jaarrapportage cijfers uit 2013. Een onrustige periode voor gemeenten en instellingen voorafgaand aan de decentralisaties van jeugdzorg en AWBZ. Gemeenten hebben uitgebreidere en nieuwe taken gekregen in het sociaal domein. Deze inventarisatie geeft dan ook een momentopname in een periode van transitie. Hierdoor kunnen er verschillen zijn in de geïnventariseerde situatie en de huidige situatie.

1. Zwangere tieners en tienermoeders

In dit onderzoek zijn gegevens verzameld van het aanbod van interventies ter preventie van tienerzwangerschap, van voorlichting en hulp aan zwangere tieners en (aanstaande) tienermoeders, en van opvang voor tienermoeders. Dit hoofdstuk beschrijft deze doelgroep, aantallen en achtergronden risicofactoren en ondersteuningsbehoefte.

1.1 Doelgroep

De vraag van de minister gaat specifiek over tieners. Het veld maakt echter vaak geen onderscheid tussen tienermoeders en jonge moeders (20 tot 23 jaar), wat gemakkelijk tot begripsverwarring leidt. Een tienermoeder is jonger dan 20 jaar en heeft een kind (leeftijdsgrens wordt gehanteerd door jeugdmonitor; Kinderen in Tel; gemeenten). Ook de begrippen 'tienervader' en 'tienerouder' worden gebruikt voor iemand die jonger is dan 20 jaar en een kind heeft. Een jonge moeder is een vrouw die tussen haar 20^{e} en 23^{e} haar eerste kind krijgt. Als er sprake is van onderzoek, hulp of opvang aan zowel tienermoeders als jonge moeders, wordt dit in deze studie benoemd als jonge moeders.

Tieners en seksualiteit
De tienerjaren zijn een belangrijke periode in de seksuele ontwikkeling. Veel tieners hebben in hun tienerjaren voor de eerste keer geslachtsgemeenschap. Op 17-jarige leeftijd heeft de helft van de jongeren hier ervaring mee (Graaf, Kruijer, Acker & Meijer, 2012). Hierbij wordt meestal anticonceptie gebruikt, maar niet altijd. Vier van de vijf jongens en meisjes gebruiken altijd anticonceptie bij geslachtsgemeenschap (Graaf et al, 2012), daardoor is er bij één op de vijf risico op onbedoelde zwangerschap.

Uit onderzoek (Berlo, Wijsen & Vanwesenbeeck, 2005) blijkt dat er diverse veranderbare factoren zijn die samenhangen met onbedoelde zwangerschap en tienerzwangerschap, te weten:

- Duidelijk en effectief kunnen communiceren over de eigen seksuele grenzen verkleint de kans op het meemaken van seksueel grensoverschrijdende activiteiten.
- Kunnen communiceren over anticonceptie.
- Kennis- en risicoperceptie. Met name de discrepantie tussen de perceptie van de eigen kennis en de feitelijke kennis speelt een rol bij ongepland zwanger worden.
- Attitude t.a.v. anticonceptiegebruik en zwangerschap: hoe beter jongeren op de hoogte zijn van de voordelen van het gebruik van anticonceptie, hoe groter de kans dat zij deze daadwerkelijk gaan gebruiken.
- Genderopvattingen: meiden met traditionele opvattingen over passend gedrag voor mannen en vrouwen lopen een groter risico op het meemaken van seksueel grensoverschrijdend gedrag en het hebben van onbeschermde of onvrijwillige seks. Tienermoeders blijken vaker dan gemiddeld traditionele genderopvattingen te hebben.
- Zelfbeeld: de reactie op seksueel grensoverschrijdend gedrag blijkt in grote mate samen te hangen met het zelfbeeld van jongeren.
- Toekomstperspectief: Meiden die zich verbonden voelen met school en die toekomstplannen hebben, hebben een kleinere kans op tienerzwangerschap.

Bij het onderzoeksonderdeel over het aanbod op het gebied van preventieve voorlichtingsinterventies benaderen wij het begrip seksuele gezondheid zoals de World Health Organisation definieert, te weten: Een met seksualiteit verbonden toestand van fysiek, emotioneel, mentaal en sociaal welzijn. Het vereist een positieve en respectvolle benadering van seksualiteit en relaties. Het vereist ook het

mogen en kunnen aangaan van plezierige en veilige seksuele ervaringen; zonder dwang, discriminatie en geweld (WHO, 2006 in F. Bakker, 2006: 3).

1.2 Zwangerschapsafbrekingen bij tieners

In 2013 werden in Nederland 5.547 tieners onder de 20 jaar zwanger. Van de zwangere tieners (3.643) heeft 65% gekozen voor abortus; van hen waren 87 zwanger onder de 15 jaar (IGZ, 2014). Dit aantal is sterk gedaald ten opzichte van 2012, toen waren er nog 142 abortussen bij meisjes onder de 15 jaar. Dat is een daling van 39%. In tabel 1.1 is het aantal abortussen bij tieners in 2011, 2012 en 2013 weergegeven. De registratie van de IGZ laat zien dat het aantal zwangerschapsafbrekingen onder tieners langzaam afneemt. Deze daling doet zich voor sinds 2002. In 2002 betrof nog 17% van alle zwangerschapsafbrekingen een tienerzwangerschap. In 2013 was dat 12%. Evenals in de voorgaande jaren vinden de meeste zwangerschapsafbrekingen plaats bij vrouwen tussen de 20 en 25 jaar (25% in 2013, tegenover 26% in 2012). Ongeveer een derde van alle vrouwen die een zwangerschap afbreken, heeft al eerder een abortus gehad (Jaarrapportage 2013 van de Wet afbreking zwangerschap). In tabel 1.2 staan de percentages eerdere zwangerschapsafbrekingen in 2011, 2012 en in 2013 weergegeven.

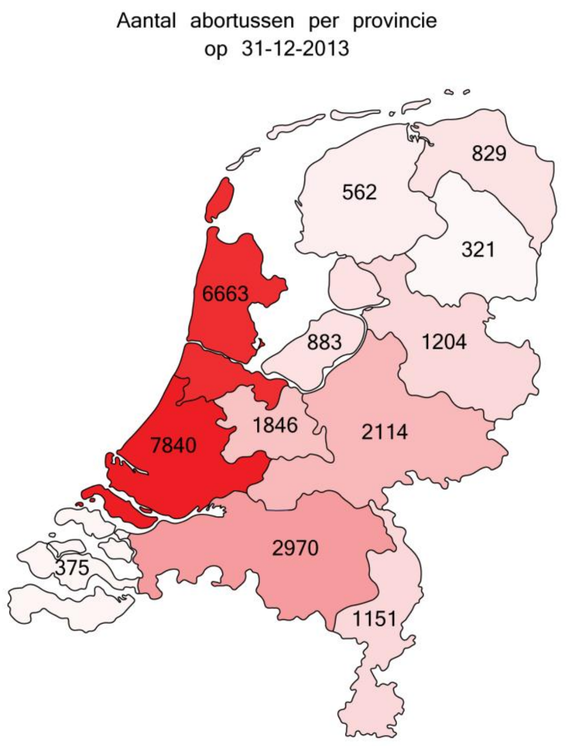
Tabel 1.1: Aantal abortussen bij vrouwen onder de 20 jaar

Aantal abortussen bij vrouwen tot 20 jaar van 2011 t/m 2013			
	2011	**2012**	**2013**
< 15 jaar	131	142	87
15-19 jaar	4.256	3.919	3.556

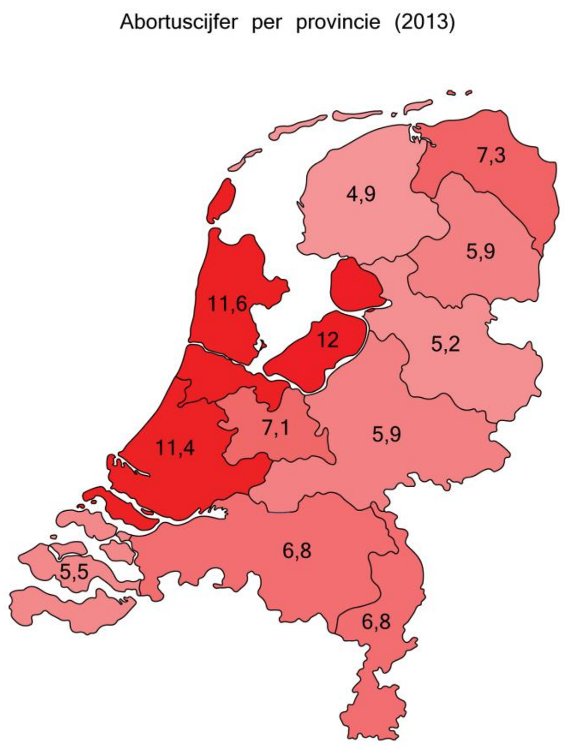
Tabel 1.2: Percentage behandelde vrouwen die eerder een abortus heeft gehad

Aantal eerdere zwangerschapsafbrekingen	**Percentage 2011 (n = 31.707)**	**Percentage 2012 (n = 30.577)**	**Percentage 2013 (n = 30.601)**
0	65,2	65	65
1	24,2	24	23,9
2	7,2	7,4	7,3
3	2,1	2,3	2,5
4	0,7	0,7	0,8
5	0,3	0,3	0,3
> 5	0,2	0,2	0,2

In figuur 1.1 is het aantal abortussen per provincie in 2013 weergegeven. In Zuid-Holland en Noord-Holland waren de meeste zwangerschapsafbrekingen. Als er wordt gekeken naar het abortuscijfer (dit is het aantal zwangerschapsafbrekingen per 1.000 vrouwen in de leeftijd 15-45 jaar), dan blijkt Flevoland het hoogste abortuscijfer te hebben (12). In figuur 1.2 is het abortuscijfer per provincie over het jaar 2013 weergegeven.



Figuur 1.1. Aantal abortussen per provincie in 2013.



Figuur 1.2. Abortuscijfer per provincie in 2013.

Reactie van ouders op zwangerschap
Tieners leven in een omgeving waarin allerlei mensen een moreel oordeel kunnen geven over de zwangerschap (Baart & Keinemans 2007). Hun partner, en vooral hun ouders, hebben een stem als het gaat over het houden van het kind. Uiteindelijk neemt het zwangere meisje zelf de beslissing (Van Berlo, Wijsen & Vanwesenbeeck 2005, Baart & Keinemans 2007).
Een deel van de meisjes maakt hun wensen en daarmee hun keuze voor zwangerschapsbeëindiging of moederschap ondergeschikt aan de wensen van hun vriend, omdat ze tegen hem opkijken. Voor veel allochtone meisjes geldt dat het moederschap status en economische zelfstandigheid biedt (Wijsen & Van Lee, 2006).

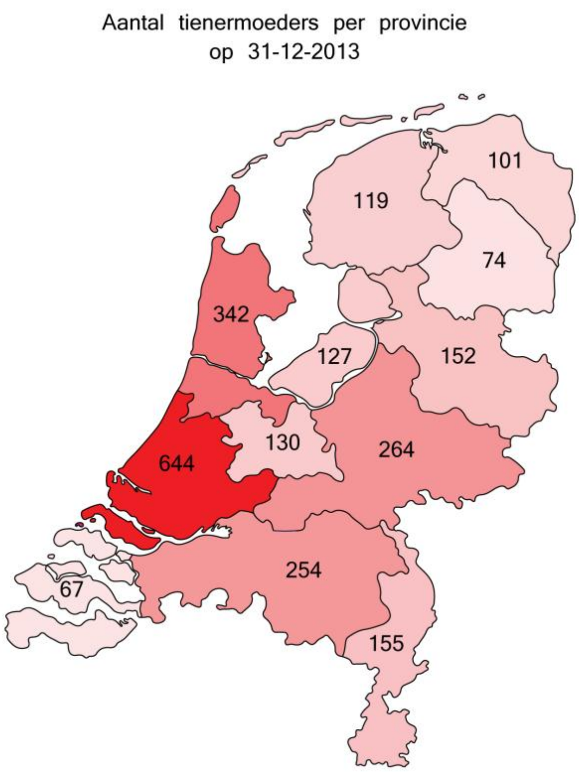
Bij jongens hangt de reactie van hun ouders af van de vraag of de zwangerschap gewenst of ongewenst is. Bij een gewenste zwangerschap zijn de reacties overwegend positief, bij een ongewenste zwangerschap reageren ouders verschillend. Vaak is de reactie bij een ongewenste zwangerschap negatief omdat ouders bang zijn dat hun zoon zijn jeugd vergooit. In een later stadium draaien vrijwel alle ouders bij en steunen ze de vader (Van Lier, 2007).

Adoptie
In de periode 1998 tot 2007 zijn 197 baby's afgestaan voor adoptie. Hiervan waren 106 (54%) moeders 21 jaar of jonger. 35 (18%) Moeders waren 17 jaar of jonger. Gemiddeld genomen worden elk jaar 20 kinderen afgestaan voor adoptie, hiervan is de helft van de moeders jonger dan 20 jaar.

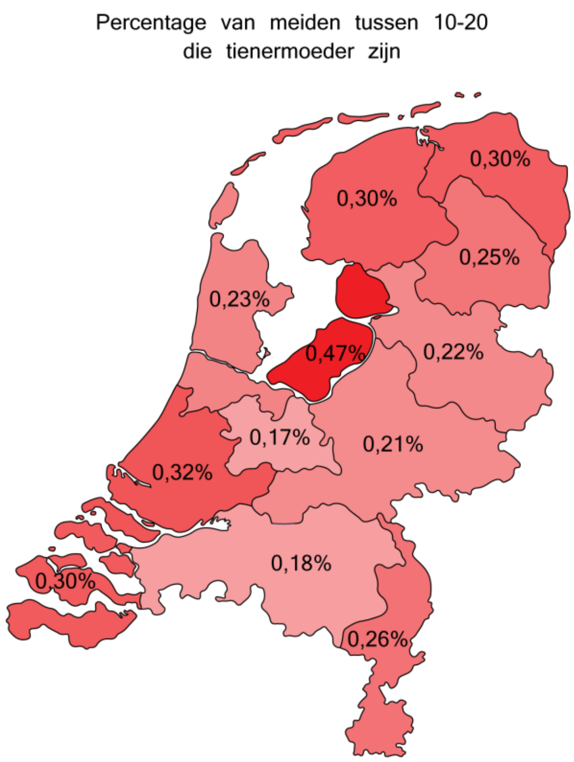
1.3 Aantal tienermoeders in Nederland

Het aantal tienermoeders in Nederland daalt al jaren. In een periode van 10 jaar is het aantal tienermoeders drastisch afgenomen. In 2004 waren er in Nederland nog ruim 4.700 tienermoeders. Dit aantal is gedaald naar 2.429 tienermoeders op 1 januari 2014 (CBS, 2014). Het CBS gaat hierbij uit van de leeftijd van de moeder op 31 december van het voorgaande jaar. In tabel 1.3 is het aantal tienermoeders per provincie opgenomen. Het CBS registreert hoeveel tienermoeders er in totaal zijn. Circa 50% van de tienermoeders heeft in dat jaar het eerste kind gekregen. De provincies met meer dan 250 tienermoeders zijn gearceerd. Nederland doet het goed in Europa: alleen Denemarken en Zwitserland hebben lagere geboortecijfers onder tieners (Garssen & Harmsen, 2013).

In figuur 1.3 is het aantal tienermoeders in Nederland per provincie weergegeven. In de provincie Zuid-Holland wonen de meeste tienermoeders. Figuur 1.4 geeft het percentage tienermoeders weer van meiden tussen de 10 en de 20 jaar. Uit deze afbeelding komt naar voren dat in Flevoland relatief de meeste tienermoeders wonen, gevolgd door Zuid-Holland, Zeeland, Friesland en Groningen.



Figuur 1.3. Aantal tienermoeders per provincie in 2013.



Figuur 1.4. Percentage tienermoeders van meiden tussen 10 en 20 jaar.

Tabel 1.3: Aantal tienermoeders per provincie in de periode 2004 - 2014

Tienermoeders											
	2004	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
Regio's	**aantal**	**aantal**	**aantal**	**aantal**	**aantal**	**aantal**	**aantal**	**aantal**	**aantal**	**aantal**	**aantal**
Nederland	4.724	4.129	3.598	3.226	3.153	3.168	3.207	3.183	2.902	2.688	2.429
Groningen (PV)	222	192	162	137	117	115	152	170	119	122	101
Friesland (PV)	208	167	144	128	122	123	136	126	135	117	119
Drenthe (PV)	141	104	110	90	102	87	86	86	80	80	74
Overijssel (PV)	335	290	234	227	226	209	200	230	203	189	152
Flevoland (PV)	178	132	126	151	149	163	159	159	164	144	127
Gelderland (PV)	444	417	369	319	325	333	337	348	328	305	264
Utrecht (PV)	217	195	203	169	166	156	143	145	138	125	130
Noord-Holland (PV)	656	611	549	501	491	475	512	450	377	386	342
Zuid-Holland (PV)	1.370	1.194	953	855	832	864	816	843	823	739	644
Zeeland (PV)	112	97	89	75	65	64	79	68	72	62	67
Noord-Brabant (PV)	538	445	394	347	356	392	391	379	300	264	254
Limburg (PV)	303	285	265	227	202	187	196	179	163	155	155

Meisjes van niet-westerse afkomst worden vaker tienermoeder dan autochtone meisjes, maar ook onder allochtone meisjes is het aantal tienerzwangerschappen gedaald. Bij Marokkaanse en Turkse meisjes ligt het geboortecijfer inmiddels al enkele jaren op het niveau van autochtone meisjes, rond de drie geboorten per duizend tienermeisjes. Surinaamse en Antilliaanse tieners worden echter nog wel relatief vaak moeder. In 2013 waren er bijna 21 geboorten per duizend Antilliaanse tienermeisjes en 11 bij Surinaamse meisjes (CBS & VWS, 2014).

Tienermoeders per gemeente

Er is een groot verschil tussen gemeenten in het aantal tienermoeders. Er zijn drie gemeenten met meer dan 125 tienermoeders (Rotterdam, Amsterdam, Den Haag). De gemeenten daarna volgen met 52 (Almere) en 39 (Leeuwarden) of minder tienermoeders. In onderstaande tabel zijn gemeenten geselecteerd met het hoogste aantal tienermoeders.

Tabel 1.4: Top 10 aantal tienermoeders per gemeente

Tienermoeders	2000	2004	2006	2008	2010	2012	2014
Rotterdam	490	518	339	280	277	259	187
Amsterdam	379	330	268	237	244	162	139
Den Haag	288	293	195	148	147	170	128
Almere	50	85	50	65	78	91	52
Leeuwarden	43	59	39	31	44	30	39
Lelystad	35	50	47	42	38	23	36
Maastricht	49	55	32	20	34	24	34
Breda	41	55	35	35	43	41	32
Groningen (gemeente)	80	83	68	39	53	40	32
Schiedam	43	41	34	23	16	22	31

Aantal jonge moeders
Veel hulp en opvang richt zich niet alleen op tienermoeders, maar ook op jonge moeders (20-23 jaar). In 2013 zijn er 11.295 baby's geboren bij jonge moeders (zie tabel 1.5). De groep tienermoeders en jonge moeders samen is dan ook een grotere groep (13.196).

Tabel 1.5: Aantal geboren kinderen bij jonge moeders in Nederland in 2013 (CBS, 2014)

Leeftijd	Aantal
20	1.522
21	2.217
22	3.223
23	4.333
Totaal 20 -23 jaar	**11.295**
Jonger dan 20	1.901
Totaal < 23	**13.196**

1.4 Aard, problematiek en de behoefte van tienermoeders

Er zijn diverse onderzoeken over de ondersteuningsbehoefte en risicofactoren van tienermoeders. Er is echter geen meta-analyse beschikbaar waarin de samenhang en de grootte van deze factoren is getoetst. In deze paragraaf is een aantal relevante risicofactoren en ondersteuningsbehoeften beschreven.

Risicofactoren voor tienermoederschap
Gezin van herkomst
Meisjes worden eerder op jonge leeftijd moeder als hun eigen moeder alleenstaand is of zelf jong moeder is geworden. Lager opgeleiden krijgen vaker op jonge leeftijd een kind (De Graaf et al., 2012), net als kinderen uit gezinnen die te maken hebben met armoede. Daarnaast is een licht verstandelijke beperking een risicofactor. Bij 15% van de Nederlandse bevolking is er sprake van een licht verstandelijke beperking.

Multiprobleemsituaties
Een problematische thuissituatie is een risicofactor voor tienermoederschap, zoals huiselijk geweld, opgroeien in een gebroken gezin of spanningen met de primaire opvoeders (De Jong & Van der Aa, 2011). Dit geldt vooral voor tienermoeders en tienervaders die uit kansarme gezinnen komen (Keinemans, 2010). Alleenstaande minderjarige vreemdelingen (AMV's), en illegale jonge moeders verkeren in een extra kwetsbare situatie (Portaal Fiom, 2010; Goosen, 2014).

Beperkte seksuele zelfredzaamheid
Tienermoeders kenmerken zich door een beperkte seksuele zelfredzaamheid. Deze zelfredzaamheid is vaak het gevolg geweest van een gebrek aan goede seksuele voorlichting, zowel vanuit huis meegekregen als op school geleerd. Deze tienermeiden hebben weinig kennis over het eigen lichaam, seksuele risico's, anticonceptie en voortplanting. Ze missen de vaardigheden om 'nee' te zeggen, of om anticonceptie goed te gebruiken. Daarnaast is uit onderzoek gebleken dat 20% van de meisjes wel eens gedwongen is iets te doen of toe te staan op seksueel gebied (De Graaf et al., 2005).

Risicofactoren van tienermoederschap

Fysieke en mentale gezondheid

Hoewel tienerzwangerschap op zich geen gezondheidsrisico's met zich meebrengt, hebben kinderen van tienermoeders een grotere kans op perinatale sterfte (Offerman, 2005). Daarnaast hebben tienerouders vaak een lagere sociaaleconomische status en lopen daardoor een groter risico op gezondheidsproblemen (RIVM, 2009).

Opleiding en zorg

Zwangerschap tijdens het volgen van een opleiding kan problemen opleveren. Ook is het lastig om de zorg voor een kind te combineren met het afronden van een opleiding. Tienermoeders hebben vaker dan gemiddeld geen startkwalificatie (ROA, 2009). Dit geldt met name voor tienermoeders die van Wmo gefinancierde hulp afhankelijk zijn (Hoogenboezem & Oomen, 2010; Hoogenboezem, Oomen, Thiele, Donders & Mourits, 2010). Het voltooien van een passende opleiding is echter juist van belang om te voorkomen dat deze gezinnen in een situatie van langdurige armoede terechtkomen.

Sociaal netwerk

Een problematische thuissituatie is een risicofactor voor tienermoederschap (De Jong & van der Aa, 2011). Daarnaast kan de thuissituatie en/of het sociale netwerk van (aanstaande) tienermoeders wankel zijn als gevolg van de zwangerschap. Ouders, broertjes en zusjes kunnen geschrokken, teleurgesteld of verdrietig zijn. Netwerken zullen in stand gehouden en hersteld moeten worden (Keinemans, 2011).

Risicofactoren voor kinderen van tienermoeders

Uit onderzoek komt naar voren dat kinderen van tienermoeders meer risico lopen in het opgroeien op een aantal gebieden. Deze risicofactoren zijn hieronder beschreven.

Hoger sterftecijfer

Baby's van tienermoeders kennen een hoger sterftecijfer (Offerman et al. 2005). Deze verschillen kunnen niet verklaard worden door sociaaleconomische factoren of door het opleidingsniveau van de moeder. Tijdens het opgroeien zijn kinderen van tienermoeders ook vaker ziek en krijgen ze vaker een ongeluk. Vooral kinderen die opgevoed worden door een depressieve moeder die weinig sociale steun ontvangt, hebben een grote kans op cognitieve en emotionele problemen.

Gehechtheidsrelatie

Een kind zoekt van nature contact en nabijheid bij een gehechtheidsfiguur, voor troost, steun en bescherming (Bowlby, 1969). Kinderen die een veilige gehechtheidsrelatie hebben, ontwikkelen zich op latere leeftijd beter op sociaal-emotioneel vlak en hebben minder problemen. Eén van de risicofactoren voor juist een onveilige gehechtheidsrelatie is tienermoederschap. Uit internationaal onderzoek komt naar voren dat kinderen bij wie sprake is van een opeenstapeling van sociaaleconomische risicofactoren (waaronder tienermoederschap), ongeveer even vaak een onveilige (gedesorganiseerde) gehechtheidsrelatie ontwikkelen als kinderen die mishandeld worden (Cyr, Euser, Bakermans-Kranenburg & Van IJzendoorn, 2010). Gedesorganiseerde gehechtheid is de meest zorgwekkende vorm van onveilige gehechtheid, omdat het latere gedragsproblemen en psychopathologie voorspelt.
Uit de meta-analyse van De Wolff en Van IJzendoorn (1997) blijkt dat sensitiviteit een belangrijk verband houdt met gehechtheid. Sensitiviteit is de vaardigheid van ouders om gehechtheidsignalen van hun kind te herkennen en er adequaat en prompt op te reageren (Ainsworth, Bell & Stayton, 1974). Uit kwalitatief onderzoek komt naar voren dat tienermoeders relatief vaker moeite hebben met het inleven in hun kind en met het aangaan van een emotionele band (Baart & Keinemans 2007;

Offerman, 2005). Moeders blijken door middel van interventies meer sensitief te kunnen worden en met deze toename van sensitiviteit verbetert ook de gehechtheidsrelatie tussen moeder en kind (Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn & Juffer, 2003).

Stress
Armoede, slechte woonomstandigheden, onveiligheid in de buurt, opgroeien in een eenoudergezin en andere moeilijke omstandigheden kunnen zorgen voor een minder voorspoedige ontwikkeling bij het kind. Dit geldt vooral als er een combinatie van problemen optreedt (Leseman, 2007). Tienermoeders hebben vaker deze kenmerken en daarmee meer kans op opvoedstress. Teveel dagelijkse beslommeringen kunnen leiden tot (opvoedings)stress en kunnen een negatieve invloed uitoefenen op de ontwikkeling van het kind (Mesman, 2011) en kunnen het risico op kindermishandeling vergroten.

Beschermende factoren
Steun uit het netwerk
Tussen jonge ouders bestaan veel verschillen, vooral wat betreft de afhankelijkheid van anderen. Sommige jonge ouders zijn goed in staat om met het ouderschap om te gaan. Ook is er een groep die door familie wordt opgevangen en daardoor relatief weinig problemen ondervindt (Baart & Keinemans 2007; Fiom, 2010). Uit onderzoek van Keinemans (2011) blijkt dat goede steun, vooral uit informele netwerken, van groot belang is voor tienermoeders. Passende begeleiding zorgt er eveneens voor dat kinderen van tienermoeders kunnen opgroeien in een goed opvoedklimaat (Baart & Keinemans 2007). Als ouders meer steun ervaren uit hun sociale netwerk, dan vermindert dat de stress rondom de zorg en opvoeding van hun kind. Hierdoor kunnen zij meer beschikbaar zijn voor hun kind. De hoeveelheid stress die moeders ervaren blijkt gerelateerd te zijn aan de mate van sensitief opvoeden, waarbij meer stress leidt tot minder sensitief opvoeden (Crnic, Greenberg, Ragozin, Robinson & Basham, 1983; Muller-Nix et al., 2004). Sociale steun kan een buffer zijn voor de nadelige gevolgen van stress op sensitiviteit, met name als de steungever emotioneel dichtbij de ouder staat (Crnic et al., 1983).

Aanwezigheid en betrokkenheid van vaders
Tienermoeders willen graag dat jonge vaders bij de opvoeding betrokken zijn. Veel jongens hebben een oprechte betrokkenheid bij de opvoeding van hun kind (Van Lier 2007; Raap & Van Coblijn 2009). Er zijn geen landelijke cijfers over de betrokkenheid van vaders. Onderzoek in Zuid-Holland (De Jong & Van der Aa, 2011) laat zien dat bijna driekwart van de jonge moeders samenwoont of getrouwd is met de biologische vader. Er zijn hierbij grote verschillen tussen tienermoeders en moeders ouder dan 20 jaar. Slechts een kwart van de tienermoeders is getrouwd of woont samen, waardoor ze meer op zichzelf (en anderen) is aangewezen.

Volgens Keinemans (2011) zijn de meeste vaders die geen relatie meer hebben met de tienermoeders niet of nauwelijks betrokken bij moeder en kind. Andere vaders tonen betrokkenheid door bij te dragen in het levensonderhoud. Sommigen doen regelmatig iets met de kinderen, zoals een dagje uit, of ze nodigen de kinderen uit te komen logeren. De aanwezigheid van de biologische vaders blijkt per levensfase te kunnen wisselen. Ook bepaalt de moeder mede op wat voor manier hij er kan en mag zijn.

Ondersteuningsbehoefte
Jonge ouders hebben vooral behoefte aan praktische hulp. De meeste steun wordt geleverd in hun directe omgeving. Sommige tienermoeders hebben echter behoefte aan steun op meerdere gebieden, en soms hebben zij ook intensieve hulp of opvang nodig. Baart & Keinemans (2007) waarschuwen dat er niet alleen aandacht moet zijn voor praktische thema's, omdat er achter de praktische vraag een achterliggende vraag, behoefte of verlangen is. Tienermoeders vinden het lastig om deze

achterliggende vraag te benoemen. Uit het onderzoek van Onderzoekscentrum Drechtsteden (De Jong & Van der Aa, 2011) komt naar voren dat 41% van de (daar onderzochte) tienermoeders in Zuid-Holland Zuid een probleem heeft op drie of meer leefgebieden en de verwachting is dat er (professionele) ondersteuning nodig is. Daarnaast blijkt dat 60% van de tienermoeders stopt met de opleiding en een kwart hiervan stopt uiteindelijk definitief.

Huisvesting
Niet alle tienermoeders kunnen of willen bij hun ouders blijven wonen. Tienermoeders maken zich vaak grote zorgen over het vinden van woonruimte. Voor sociale huurwoningen geldt veelal een leeftijdsbeperking. Lokaal zijn echter afspraken tussen de gemeente en woningbouwcorporaties over de toewijzing van woningen voor bepaalde doelgroepen (contingentwoningen). Via particulieren en bijvoorbeeld studentenhuisvesting kunnen tienermoeders eventueel woonruimte huren. Het vinden van een woning is moeilijk door het beperkte aanbod en door de omstandigheden van tienermoeder, zoals een relatief laag inkomen, een jonge leeftijd, starter en alleenstaand met kind (Van Lier, 2002). Naast het beperkte aanbod vinden tienermoeders het moeilijk om inzicht te krijgen in de regelgeving (bijvoorbeeld voor urgentie) (Van Lier, 2002). Uit het onderzoek van De Jong en Van der Aa toont aan dat 50% van de meiden die andere woonruimte willen (61% van de tienermoeders wil binnen een jaar verhuizen), hier ook ondersteuning bij wenst. Ook blijkt dat een derde van deze groep de ondersteuning niet weet te vinden.

Behoefte aan praktische hulp van tienermoeders
Tienermoeders hebben vooral behoefte aan hulp bij huisvesting, financiën, bij het voortzetten van de opleiding en bij het opvoeden van hun eerste kind (Baart & Keinemans 2007). Het onderzoek van De Jong en Van der Aa toont aan dat 55% van de tienermoeders hulp nodig heeft bij de financiën. Ook jonge vaders hebben vooral behoefte aan concrete hulp. Uit het kwalitatief onderzoek van Gesell en Van Dijk (2010) komt naar voren dat jonge vaders vooral ondersteuning zoeken bij het vinden van een huis en van werk. Doordat er voor vaders minder hulp beschikbaar is dan voor tienermoeders, is de drempel om hulp te vragen voor hen groter (Raap & Van Coblijn, 2009). Verder blijkt uit het onderzoek van Gesell en Van Dijk (2010) dat jonge vaders ondersteuning nodig hebben bij anticonceptiegebruik.

Sommige tienermoeders hebben veel hulp nodig
Onderzoek in Zuid-Holland (De Jong & Van der Aa 2011) laat zien dat ruim vier op de tien (40%) tienermoeders hulpbehoefte heeft op drie of meer terreinen. Bij de moeders boven 20 jaar is dat 17 procent. Moeders die ongepland zwanger zijn, weinig mensen hebben om op terug te vallen en moeders met een (licht) verstandelijke of lichamelijke beperking, hebben relatief vaker behoefte aan hulp. Jonge moeders vanaf 20 jaar redden zich meestal goed. Ze staan vaker met de biologische vader ingeschreven op een adres en hebben een opleiding op een hoger niveau gevolgd dan de moeders onder 20 jaar.

2. Achtergrond en wettelijke kaders

In dit hoofdstuk zijn de achtergrondinformatie en de wettelijke kaders beschreven op de thema's van de onderzoeksvragen:

- voorlichting seksuele gezondheid
- voorlichting aan (onbedoeld) zwangere tieners en aan de vaders
- ambulante hulp aan (aanstaande) tienermoeders
- opvang voor tienermoeders.

De inventarisatie is uitgevoerd in de tweede helft van 2014. Sinds 1 januari 2015 is er veel veranderd door de decentralisaties van de jeugdzorg en de AWBZ.

2.1 Voorlichting seksuele gezondheid

De eerste onderzoeksvraag richt zich op het voorlichtingsaanbod aan tieners over seksuele gezondheid.
Het onderwijs heeft een belangrijke taak in de voorlichting over seksuele gezondheid en seksuele diversiteit. Het betreft de kerndoelen 38 en 41 voor het basisonderwijs, de kerndoelen 53 en 57 voor het speciaal onderwijs en kerndoel 34 en 43 voor de onderbouw van het voortgezet onderwijs (Bijsterveldt-Vliegenthart, 2011). Schoolbesturen zijn verplicht om de kerndoelen aan te bieden, maar zij zijn vrij in de invulling ervan. Toezicht van de Onderwijsinspectie op deze kerndoelen is risico gestuurd. Dit betekent dat aanvullende inspectie pas aan de orde is, als er signalen zijn dat een school niet aan de kerndoelen voldoet. Tot nu toe is dat niet voorgekomen.

2.2 Voorlichting aan (onbedoeld) zwangere tieners

De tweede onderzoeksvraag richt zich op het voorlichtingsaanbod aan (onbedoeld) zwangere tieners. De term onbedoelde zwangerschap wordt gehanteerd als term voor zowel ongeplande als ongewenste zwangerschappen. Tieners die zwanger raken, staan voor de keuze om de zwangerschap uit te dragen of af te breken. De mogelijkheden tot het afbreken van de zwangerschap hangen samen met het wettelijk kader en de behandelingen. Bij het maken van deze keuze kunnen tieners gebruik maken van voorlichting en begeleiding.

Keuzevoorlichting en keuzebegeleiding
Er worden in het werkveld verschillende definities gehanteerd voor de keuzevoorlichting en keuzebegeleiding die aan onbedoeld zwangere tieners wordt gegeven bij het maken van een weloverwogen besluit over het uitdragen of het afbreken van de zwangerschap, of het afstaan ter adoptie. In deze inventarisatie hanteren we de volgende omschrijvingen:

- Keuzevoorlichting: bewuste en doelgerichte communicatie waardoor de tiener informatie kan verkrijgen, verwerken en toepassen over de keuzemogelijkheden bij een onbedoelde zwangerschap. Vormen van voorlichting zijn: informeren, adviseren en aanraden (Stalenhoef, 2009).
- Keuzebegeleiding: een proces, met als doel het vermogen te vergroten van de vrouw om haar situatie te overzien en te beoordelen, opties te evalueren en op basis van informatie een beslissing te nemen. Uitgangspunt is dat de hulpverlener niet de eigen opvatting over het bestaan van een noodsituatie opdringt aan de vrouw maar bereid is samen met haar te zoeken naar een voor haar passende oplossing. Keuzebegeleiding onderscheidt zich van keuzevoorlichting, doordat de begeleiding bestaat uit ambulant uitgevoerde gesprekken (en mogelijk andere activiteiten) die plaatsvinden dicht bij de sociale omgeving van de cliënt, en wordt uitgevoerd door

één hulpverlener die werkt volgens de multidisciplinaire richtlijn “Begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen” (Koekkoek, 2011).

Wet afbreking zwangerschap
Zwangerschapsafbreking is in Nederland geregeld bij de Wet afbreking zwangerschap (Wafz, 1984) waarin voorschriften zijn opgenomen die ten doel hebben de kwaliteit van de medische behandeling en een zorgvuldige besluitvorming te waarborgen. Een ziekenhuis of abortuskliniek moet over een vergunning beschikken om zwangerschappen te mogen afbreken.

Er geldt een bedenktijd van vijf dagen voor vrouwen die hun zwangerschap willen afbreken.
Een zwangerschap mag niet eerder worden afgebroken dan op de zesde dag nadat de vrouw een arts heeft bezocht en daarbij haar voornemen met hem heeft besproken. De bedenktijd geldt niet voor de overtijdbehandeling (Wafz, 1984).

Verschillende soorten behandelingen

- Morning-aftermethoden: morning-afterpil (tot 72 uur) en morning-afterspiraal (tot vijf dagen) kunnen na onbeschermde geslachtsgemeenschap worden gebruikt. De morning-aftermethoden vallen niet onder de Wafz en zijn niet in de abortusregistratie opgenomen. De morning-afterpil is voor jongeren tot 21 jaar met een recept van de huisarts gratis te verkrijgen bij de apotheek. Ook zonder recept is de morning-afterpil verkrijgbaar, dan kost deze circa €13,-.
- Overtijdbehandeling: dit is een vroege zwangerschapsafbreking, waarbij tot 16 dagen ‘overtijd’ gebruik kan worden gemaakt van instrumentele behandeling (curettage) of de abortuspil. De overtijdbehandeling valt niet onder de Wafz en kent daardoor geen verplichte bedenktijd. Een overtijdbehandeling mag alleen in een ziekenhuis of kliniek met Wafz-vergunning worden verricht (Wafz,1984).
- Eerste trimester zwangerschapsafbreking: zwangerschapsafbreking tot en met 12 weken (Wafz,1984).
- Tweede trimester zwangerschapsafbreking: zwangerschapsafbreking 13-24 weken (tot aan de levensvatbaarheidsgrens). Voor het verrichten van tweede trimesterzwangerschapsafbrekingen moeten klinieken een aparte vergunning hebben (Wafz,1984). Abortus is in Nederland toegestaan tot een zwangerschapsduur van 24 weken (Wet Afbreking Zwangerschap, 1981), maar in de praktijk gaan artsen uit van 22 weken, omdat zij tot op een nauwkeurigheid van twee weken de duur van de zwangerschap kunnen bepalen.

Verwijzing naar abortusklinieken en ziekenhuizen
Vrouwen/meisjes kunnen met hun abortusverzoek rechtstreeks naar de kliniek of het ziekenhuis gaan, of zich laten verwijzen. De meeste vrouwen worden verwezen door de huisarts (60% in 2013). In 2013 ging 23% van de behandelde vrouwen zonder verwijzing rechtstreeks naar de kliniek of het ziekenhuis (IGZ, 2014).

Er zijn enkele verschillen tussen ziekenhuizen en abortusklinieken op het gebied van abortushulpverlening. De belangrijkste daarvan zijn ten eerste dat vrouwen met name in de vroege zwangerschap rechtstreeks naar de kliniek gaan (dus zonder verwijzing). Ten tweede worden de kosten voor een abortus in een kliniek uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) gedekt, terwijl een abortus in een ziekenhuis door de zorgverzekering wordt betaald (IGZ, 2014). Daardoor is de privacy van een zwangere minderjarige t.o.v. haar ouders niet altijd gewaarborgd.

Toestemming
Als zwangere meisjes onder de 16 jaar zijn, is toestemming voor abortus van de ouders/voogd nodig. Als er geen toestemming (mogelijk) is, beoordeelt de (huis)arts of de tiener de gevolgen van de keuze begrijpt, en kan de abortus worden uitgevoerd zonder toestemming van ouders. Voor de begeleiding hierbij wordt, indien beschikbaar, ook doorverwezen naar specialistische hulpverlening.

2.3 Ambulante hulp aan (aanstaande) tienermoeders

De derde onderzoeksvraag richt zich op het aanbod ambulante hulp aan (aanstaande) tienermoeders. Zwangere tieners die de keuze hebben gemaakt om de zwangerschap uit te dragen en tienermoeders die in hun ouderschap hulp kunnen gebruiken, kunnen gebruik maken van ambulante hulp. Tienermoeders kunnen gebruikmaken van het reguliere aanbod van organisaties die hulp en begeleiding bieden. Deze organisaties hebben geen specifieke gerichtheid op tienermoeders, met enkele lokale uitzonderingen. Vanuit de onderstaande wettelijke kaders zijn lokaal de voorzieningen zoals jeugdgezondheidszorg, jeugdzorg en het CJG georganiseerd.

Wettelijk kader regulier aanbod
Jeugdgezondheidszorg
Jeugdgezondheidszorg (JGZ) is de publieke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren tussen 0 en 19 jaar. Doel van de JGZ is het bevorderen, beschermen en beveiligen van de gezondheid en de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van jeugdigen van 0-19 jaar, zowel individueel als op populatieniveau. De JGZ voert voor alle kinderen preventieve screeningen uit (lichamelijk, cognitief en psychosociaal). Zij vervult zo een belangrijke rol in vroegsignalering van risico's, korte interventies en doorverwijzing naar zwaardere vormen van hulpverlening. In 2008 werd de Wet Publieke Gezondheid (WPG) van kracht, waarin de taken van de gemeente op het gebied van de publieke gezondheidszorg, waaronder de JGZ, opnieuw zijn vastgelegd. De gemeente heeft tot taak ter uitvoering van de gezondheidstaken een Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) in stand te houden. Gemeenten kunnen ervoor kiezen om (onderdelen van) de JGZ door een zorgorganisatie te laten uitvoeren. De gemeente is de regisseur over de integrale JGZ.

CJG
Gemeenten hebben geen wettelijke verplichting om een Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) als instelling in stand te houden. Er is een Brede Doel Uitkering en een aantal taken op grond van de WPG en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) (opvoed- en opgroeiondersteuning) die gemeenten moeten uitvoeren. Het CJG is een netwerkorganisatie waarin gemeentelijk aanbod op het gebied van prenatale voorlichting, jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar en Wmo-activiteiten (voorlichting, informatie en advies over opvoeden en opgroeien 0-23 jaar en beschikbare licht pedagogische hulp) gebundeld is. In elke gemeente is minimaal één laagdrempelig inlooppunt waar ouders en jeugdigen terecht kunnen met vragen. Daarbij kan desgewenst aangesloten worden op bestaande voorzieningen (consultatiebureau, gezondheidscentrum, brede school). Er is minimaal een link met de zorg- en adviesteams rondom het onderwijs en het consultatiebureau. Van gemeenten wordt verwacht dat zij de regie voeren op de jeugdketen. Voor een sluitende keten worden afspraken gemaakt met relevante instellingen, onder meer over signalering, netwerken en de coördinatie van zorg.

Jeugdzorg
Sinds 2015 is de zorg voor jeugd helemaal ondergebracht bij de gemeente. De verantwoordelijkheden van de gemeente zijn vastgelegd in de nieuwe Jeugdwet. Het ministerie van VWS en het ministerie van Veiligheid en Justitie (V&J) zorgen met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) voor ondersteuning van de gemeenten. Zie voor meer informatie hierover paragraaf 2.4.

Ook in het kader van de Wmo heeft de gemeente taken in de ondersteuning van en zorg voor kinderen, jongeren en hun ouders. Het betreft de volgende vijf functies:

- informatie en advies geven;
- signaleren van problemen bij opgroeien en opvoeden;
- zorgen dat kinderen, jongeren en hun ouders de juiste hulp krijgen;
- pedagogische hulp geven;
- coördineren van zorg.

2.4 Opvang aan tienermoeders

(Aanstaande) tienermoeders die niet (meer) thuis kunnen wonen, kunnen gebruik maken van opvangvoorzieningen.

Wettelijk kader opvang
Opvang aan tienermoeders wordt geboden vanuit verschillende wettelijke kaders en financieringsbronnen. Met de decentralisaties is er veel verandert in 2015 ten opzichte van 2014.

Wet op de Jeugdzorg (provinciaal gefinancierde jeugdzorg)
Vanuit de wet op de Jeugdzorg waren (tot 1-1-2015) provincies en Stadsgewesten verantwoordelijk voor cliëntgerichte en samenhangende jeugdzorg bij gedragsproblemen van jeugdigen en/of bij opvoedproblemen (Rijksoverheid, z.d.). Opvang en begeleiding werd met een indicatiebesluit van Bureau Jeugdzorg geboden, door instellingen met een Jeugzorgerkenning. Daarnaast werd opvang geboden in pleegzorg of in een gezinshuis, verbonden aan een jeugdzorginstelling. Instellingen hadden een financieringsrelatie met de provincie of met het Stadsgewest en zij hadden een provinciale of stadsgewestelijke functie.
Sinds 1 januari 2015 zijn de jeugdzorggelden overgeheveld naar gemeenten en is de nieuwe Jeugdwet van kracht. Gemeenten hebben een jeugdhulpplicht. Jongeren met een beperking, stoornis of aandoening, en hun ouders kunnen bij de gemeente terecht voor hulp en ondersteuning (Voor de jeugd, 2014). Opvang en begeleiding aan (aanstaande) tienermoeders wordt door individuele gemeenten of gemeenten in 41 regionale samenwerkingsverbanden ingekocht (Vereniging van Nederlandse Gemeenten, z.d).

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)
De AWBZ was (tot 1-1-2015) een collectieve ziektekostenverzekering voor niet individueel verzekerbare ziektenkostenrisico's. Opvang en begeleiding was beschikbaar met een indicatiebesluit van het CIZ en op basis van de grondslagen psychisch en (licht)verstandelijk beperking. Organisaties voor Geestelijke Gezondheidszorg en voor zorg aan mensen met een verstandelijke beperking boden opvang en begeleiding, en werden gefinancierd vanuit Zorg in Natura of een Persoonsgebonden budget. Met zorgkantoren was een financieringsrelatie.
Sinds 1 januari 2015 zijn de AWBZ-taken ondergebracht bij nieuwe en bestaande wetten. Gemeenten en zorgverzekeraars hebben er extra taken bij. Voor (aanstaande) tiener- en jonge moeders die nu gebruik maken van hulp en opvang vanuit AWBZ, is het volgende veranderd ten opzichte van 2014:

  - Gemeenten zijn vanuit de Jeugdwet verantwoordelijk voor de hulp en opvang (kort verblijf) aan minderjarige (aanstaande) tienermoeders met een verstandelijk beperking en/of psychische stoornis;
- De eerste drie jaar van langdurige geestelijke gezondheidszorg (ambulant en verblijf) aan volwassen (aanstaande) tienermoeders zijn de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars (Zorgverzekeringswet);

- Jeugdigen en volwassenen bij wie al voor het 18e levensjaar duidelijk is dat zij op grond van ernstige beperkingen of stoornissen hun verdere leven 24-uurszorg of permanent toezicht nodig hebben, kunnen aanspraak maken op de Wet Langdurige zorg (WLz) (Voor de jeugd, 2014).

Wmo
Het wettelijk kader voor de maatschappelijke en vrouwenopvang is de Wmo. Centrumgemeenten ontvingen specifieke uitkeringen van het rijk voor hulp en opvang aan mensen die, al dan niet gedwongen, hun thuissituatie hebben verlaten en niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving. Er waren 43 centrumgemeenten voor maatschappelijke opvang. Hulp en opvang werd geboden zonder benodigde diagnose of indicatie door instellingen voor vrouwen- en maatschappelijke opvang.
Sinds 1 januari 2015 is het stelsel voor de vrouwenopvang vernieuwd. Belangrijke veranderingen zijn de aanpassing van het verdeelmodel, het stoppen van landelijke financiering van specifieke opvangvoorzieningen en de versterking van de gemeentelijke verantwoordelijkheid (Voor de Jeugd, 2013).

Zorgverzekeringswet (Zvw)
(Kortdurende) opvang en behandeling aan (aanstaande) tienermoeders met een psychische stoornis werd geboden vanuit de Zorgverzekeringswet onder verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars. Een verwijzing en een psychiatrische diagnose zijn nodig voor opname in een GGZ-instelling.
Sinds 1 januari 2015 valt de opvang en behandeling van minderjarigen onder verantwoordelijkheid van gemeenten (Jeugdwet).

Overig
Opvang in justitiële jeugdinstellingen (JJI) biedt opvang aan tienermoeders die vallen onder jeugdstrafrecht. Aan AMV tienermoeders wordt opvang geboden vanuit de Wet Centraal Orgaan opvang Asielzoekers.
Organisaties kunnen naast overheidsgelden gebruik maken van giften, fondsen en eigen bijdragen.

3. Methode

Dit hoofdstuk beschrijft de onderzoeksvragen, de gebruikte definities, de geselecteerde regio's en de onderzoeksaanpak.

In dit onderzoek zijn de volgende onderzoeksvragen onderzocht:
- Wat is het interventieaanbod voorlichting seksuele gezondheid?
- Wat is het interventieaanbod voorlichting aan (onbedoeld) zwangere tieners en aan de vaders?
- Wat is het interventieaanbod ambulante hulp aan (aanstaande) tienermoeders?
- Wat is het aanbod aan opvangvoorzieningen voor tienermoeders?

Hierbij is in eerste instantie naar het landelijke en provinciale aanbod gekeken en in tweede instantie naar het aanbod bij een steekproef van zes gemeenten.

3.1 Opzet onderzoek

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden hebben wij eerst, op basis van literatuur, sociale kaarten en internetresearch een inventarisatie gedaan naar landelijk en provinciaal werkende organisaties. Het aanbod van de organisaties is ingevoerd in een Excel-format, zodat het op onderdelen vergelijkbaar is. Door middel van telefonische interviews is bij de organisaties nagegaan of de informatie klopt, en de informatie is zo nodig aangevuld. In bijlage 1 is een samenvatting van deze inventarisatie opgenomen.

Daarnaast is het aanbod van de zes gemeenten in kaart gebracht door bij de gemeente en lokale CJG, BJZ en GGD na te vragen of in deze gemeente een specifiek aanbod is in voorlichting, keuzebegeleiding, ambulante hulp en opvang voor tienermoeders. Als er specifieke interventies voor tienermoeders beschikbaar waren, dan zijn deze lokale initiatieven ook benaderd. In bijlage 2 is het lokale aanbod samengevat. In hoofdstuk zeven worden de uitkomsten van de inventarisatie bij de zes gemeenten gepresenteerd.

Controle op correctheid
Landelijk en provinciaal werkende instellingen zijn begin oktober 2014 per e-mail benaderd met het verzoek medewerking te verlenen aan het onderzoek. Een toelichtende brief van het ministerie van VWS is meegestuurd. Bij geen respons werd het verzoek herhaald en is de organisatie ook telefonisch benaderd om een afspraak voor een telefonisch interview te maken. Tijdens deze telefonische uitvraag is het geïnventariseerde aanbod van de organisatie getoetst en aangevuld.

De controle op correctheid verliep op sommige onderdelen moeizaam. Zo bleken voorzieningen die op landelijke websites waren genoemd, niet meer te bestaan. Ook bleek er veel veranderd, ondanks dat de gebruikte overzichten van organisaties relatief recent zijn.
Door de transitie van de jeugdzorg is er veel onrust bij jeugdhulpverleningsorganisaties. Dit vertraagde het proces van informatie verzamelen en controleren. In totaal zijn er 105 landelijke organisaties benaderd, waarvan met 70 organisaties de informatie in interviews is afgestemd. In deze interviews zijn 69 interventies gecontroleerd.

Van de zes bevraagde gemeenten zijn de gemeente, de GGD, het CJG en de lokale Bureau Jeugdzorg benaderd met de vraag naar de juiste contactpersoon voor informatie over het lokale aanbod aan zwangere tieners en tienermoeders. Gemeenten en instellingen wisten vaak niet wie de

juiste contactpersoon was, of reageerden niet. Als er specifiek aanbod voor tienermoeders was, zijn de uitvoerende instellingen ook benaderd voor informatie. In totaal zijn er 47 lokale organisaties benaderd, waarvan het aanbod met 34 organisaties is afgestemd.
Ondanks alle inspanningen om met deze inventarisatie zoveel mogelijk organisaties op de 'foto' te krijgen, pretendeert deze inventarisatie niet volledig te zijn. Binnen de scope van het onderzoek, de beschikbare tijd en middelen was dit ook onmogelijk. Wel is getracht om met deze inventarisatie een representatief beeld van de huidige situatie te geven.

Focusgroep-bijeenkomsten en expertmeeting
De inventarisatie is kwantitatief en kwalitatief geanalyseerd. Hieruit kwam een aantal opvallende punten naar voren. Deze opvallende punten zijn tijdens focusgroep-bijeenkomsten voorgelegd aan zowel professionals als cliënten van ambulante hulp en opvang. De bundeling van opvallende punten is tijdens een expertmeeting voorgelegd aan experts. Verslagen van de focusgroep-bijeenkomsten en expertmeeting vindt u in bijlage 3. De conclusies zijn gebaseerd op de inventarisatie, en op de uitkomsten van de focusgroep-bijeenkomsten en van de expertmeeting.

De volgende bijeenkomsten vonden plaats:

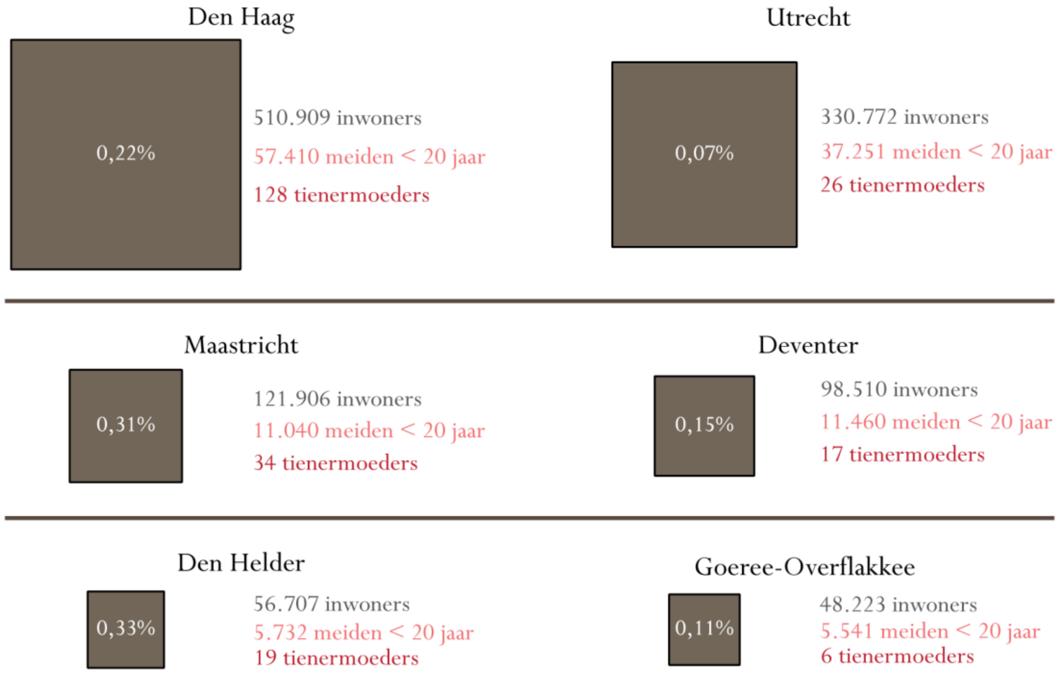
- 20 november: focusgroep met 3 cliënten van woonproject studerende jonge moeders in Den Haag.

1. 24 november 2014: focusgroep met 5 cliënten van jonge moeder-opvang Siriz in Gouda.
2. 11 december 2014: focusgroep met 4 cliënten uit opvang Kadera in Zwolle.
3. 27 november 2014: focusgroep met 12 professionals werkzaam in de opvang met tienermoeders.
4. 27 november 2014: focusgroep met 6 professionals werkzaam in de ambulante hulp aan tienermoeders in Den Haag en landelijk.
5. 8 december 2014: expertmeeting met 18 experts op het gebied van voorlichting, besluitvorming, ambulante hulp en opvang aan tienermoeders.

3.2 Regio

De inventarisatie richt zich op interventies die landelijk of provinciaal beschikbaar zijn en op het gemeentelijk aanbod van zes geselecteerde gemeenten.

Keuze gemeenten
Binnen de scope van dit onderzoek was het niet mogelijk en niet wenselijk om het aanbod van alle gemeenten in Nederland te inventariseren. Er is een selectie van zes gemeenten gemaakt, waarin interventies zijn geïnventariseerd. Deze inventarisatie geeft een indruk van de mogelijke inzet van interventies in Nederland. Hierbij is rekening gehouden met een spreiding van gemeenten over Nederland. Er is gekozen voor twee grote gemeenten (> 300.000 inwoners), twee middelgrote gemeenten (circa 100.000 inwoners) en twee kleine gemeenten (circa 50.000 inwoners). Een gemeente met relatief veel tienermoeders (≥ 0.2%) is vergeleken met een gemeente met een gemiddeld aantal tienermoeders. Het landelijk gemiddelde 0.1% is het percentage tienermoeders in de gemeente ten opzichte van het aantal meiden onder de 20 jaar.



Figuur 3.1. Keuze gemeenten.

3.3 Interventies

Voor de selectie van het aanbod is onderstaande definitie van interventie gebruikt:
Het NJi hanteert de term 'interventie' als een verzamelnaam voor programma's, projecten, trainingsmethoden, cursussen, behandel- en begeleidingsvormen, sancties et cetera, die:

- gericht zijn op de vermindering, de compensatie of het draaglijk maken van een risico of een probleem in de ontwikkeling van een jeugdige;
- geleid worden door een theoretisch en praktisch weldoordachte, doelgerichte en systematische werkwijze;
- gericht zijn op de jeugdige zelf, zijn opvoeders en/of zijn opvoedingsomgeving;
- afgebakend zijn in de tijd, met een nader omschreven tijdsduur en frequentie.

Kort gezegd gaat het om interventies die als doel hebben de psychische, sociale, cognitieve en lichamelijke ontwikkeling van jeugdigen (-9 maanden tot 23 jaar) te bevorderen waar deze bedreigd wordt of belemmerd (NJi, 10-12-2014).

Op basis van de definitie van het NJi, de selectiecriteria van Centrum Gezond Leven (CGL) en de selectiecriteria van Rutgers WPF (Goenee, Van Zenderen & Van Santen, 2014), hanteren wij in dit onderzoek de volgende selectiecriteria voor interventies.

1. Het gaat om doelgerichte en planmatige activiteiten die afwijken van wat gangbaar is voor de doelgroep, waarbij het doel is (voor het werkveld relevante) risico’s of problemen te voorkomen of te verminderen, of competent gedrag te bevorderen, ontwikkeling te stimuleren of de kwaliteit van de omgeving te verbeteren.
2. De interventies moesten (deels of uitsluitend) gericht zijn op de preventie van tienerzwangerschap, voorlichting/begeleiding bij tienerzwangerschap en begeleiding bij tienerouderschap.
3. Interventies moesten nog leverbaar/verkrijgbaar zijn of nog uitgevoerd worden.

4. Interventies moesten afgebakend zijn in de tijd, met een nader omschreven tijdsduur en frequentie.

Informatieve websites die niet voorzien in een mogelijkheid tot contact met een deskundige, zijn op basis van bovenstaande definitie en afbakening niet meegenomen in de inventarisatie.

Effectieve interventies
Onderzoek kan uitwijzen of een interventie echt werkt. De kennisinstituten RIVM, CGL, het Nederlands Jeugdinstituut (NJi), het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) en MOVISIE werken samen aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria. Zo wordt de kwaliteit in de betrokken werkvelden verbeterd. Er is een effectiviteitsladder, waarin interventies verschillende stadia van effectiviteit kunnen bereiken. De ladder bestaat uit de volgende niveaus:

- Goed beschreven:
  Een goed beschreven interventie kenmerkt zich door een degelijke beschrijving van doelen, doelgroep(en), aanpak, randvoorwaarden, overdraagbaarheid, ervaring met de uitvoering en beschikbare materialen. Een tweede belangrijke vereiste is dat er inzicht is in uitvoeringsaspecten zoals beschikbaarheid van een handleiding, kosten en tijdsbesteding en randvoorwaarden voor uitvoering.
- Goed onderbouwd:
  Een interventie krijgt deze classificatie als aannemelijk is gemaakt dat met die interventie het gestelde doel kan worden bereikt.
- Effectief volgens eerste aanwijzingen:
  Een interventie is effectief volgens eerste aanwijzingen, als uit onderzoek met zwakke of indicatieve bewijskracht, zoals bijvoorbeeld veranderingsonderzoek, blijkt dat er voldoende effect optreedt bij uitvoering van de interventie, ook al staat nog niet vast dat dit effect (helemaal) door de interventie wordt veroorzaakt.
- Effectief volgens goede aanwijzingen:
  Een interventie is effectief volgens goede aanwijzingen, als uit onderzoek met beperkte bewijskracht blijkt dat bepaalde doelen er in de praktijk beter mee worden bereikt dan met andere interventies of met niets doen.
- Effectief volgens sterke aanwijzingen:
  Een interventie is effectief volgens sterke aanwijzingen, als uit voldoende onderzoek met sterke of zeer sterke bewijskracht blijkt dat bepaalde doelen er in de praktijk beter mee worden bereikt dan met andere interventies of met niets doen.

3.4 Toetsing van ondersteuningsthema’s

Het ondersteuningsaanbod voor tienermoeders kan zich op verschillende thema’s richten. Daardoor verschillen interventies in focus. Tienermoeders hebben op verschillende vlakken behoefte aan ondersteuning, deze is vaak praktisch van aard (Baart & Keinemans, 2007). Enerzijds is er behoefte aan praktische hulp bij de tieners, anderzijds zijn er risicofactoren voor de baby en tiener waar professionals aandacht voor moeten hebben.
Er zijn diverse onderzoeken over de ondersteuningsbehoefte en risicofactoren van tienermoeders. Er is echter geen meta-analyse beschikbaar waarin de samenhang en de grootte van het belang van deze factoren is getoetst. Om de ondersteuningsthema’s van het aanbod ambulante hulp en opvang aan tienermoeders in kaart te kunnen brengen, zijn op basis van de literatuur negen ondersteuningsthema’s geformuleerd. De eerste vijf thema’s zijn geformuleerd naar aanleiding van

ondersteuningsbehoefte van tienermoeders, de laatste vier zijn geformuleerd vanuit risicofactoren voor baby en tienermoeder. Ondersteuningsthema's:

6. Huisvesting
7. Financiën
8. Onderwijs
9. Praktische steun met informatie en advies
10. Emotionele steun
11. Versterken sociaal netwerk
12. Seksuele voorlichting en weerbaarheid
13. Versterken sensitieve responsiviteit
14. Versterken opvoedvaardigheden

Tabel 3.1: Ondersteuningsthema's bij tienermoeders

Ondersteuningsthema	Doel	Theoretische onderbouwing
Hulp bij huisvesting	• Reduceren stress rondom huisvesting van zwangere tiener/tienermoeder • Voorkomen dakloosheid tienermoeder en daarmee uithuisplaatsing baby	Zie hoofdstuk 1: behoefte aan praktische steun. Niet alle tienermoeders kunnen thuis blijven wonen. Tienermoeders hebben vooral behoefte aan hulp bij huisvesting, financiën, bij het voortzetten van de opleiding en het opvoeden van hun eerste kind (Baart & Keinemans, 2007).
Hulp bij financiën	• Reduceren stress vanwege financiële situatie • Voorkomen armoede	Zie hoofdstuk 1: behoefte aan praktische steun. Tienermoeders hebben vooral behoefte aan praktische hulp, zoals bij financiën (Baart en Keinemans, 2007). Kinderen kosten geld. Tienermoeders hebben vaak geen eigen inkomen, of hun inkomen is laag (studiefinanciering/-lening of uitkering). Vanwege hun leeftijd komen ze vaak niet in aanmerking voor financiële regelingen. Naast coaching in het omgaan met hun financiële middelen, willen veel tienermoeders ondersteuning bij het aanvragen van uitkeringen, subsidies of tegemoetkomingen.
Onderwijs	• Stimuleren behalen van startkwalificatie • Vergroten van de eigen regie • Preventie armoede • Participatie	Zie hoofdstuk 1: Risicofactoren tienermoederschap en behoefte aan praktische steun. Zwangerschap tijdens het volgen van een opleiding kan problemen opleveren. Ook is het lastig om de zorg voor een kind te combineren met het afronden van een opleiding. Tiene-rmoeders hebben vaker dan gemiddeld geen startkwalificatie (ROA, 2009). Dit geldt met name voor tienermoeders die van sociale hulp afhankelijk zijn (Hoogenboezem en Oomen, 2010).

Ondersteuningsthema	Doel	Theoretische onderbouwing
Praktische steun met informatie en advies	• Reduceren stress • Versterken eigen regie	Zie hoofdstuk 1: behoefte aan praktische steun. Met praktische steun en advies kan de eigen regie van tienermoeders versterkt worden, bijvoorbeeld op het gebied van rechten en plichten en sociale kaart informatie. Een groot deel van de tienermoeders heeft voor de zwangerschap weinig toekomstperspectief of weinig ambities als het gaat om school en/of werk. Er is vaak sprake van een latente of ambivalente kinderwens (OCD, 2007). Bij LVB-problematiek zijn meerdere vragen, zorgen en behoeften met elkaar verweven. Begeleiding bij LVB-problematiek vraagt om specifieke kennis en vaardigheden.
Emotionele steun	• Reduceren stress • Versterken eigen regie	Tienermoeders zijn adolescenten en bevinden zich net als iedere andere leeftijdsgenoot in het stadium van de vorming en ontwikkeling van een eigen identiteit. Nu zij moeder zijn, is het voor hen lastig om hun identiteit opnieuw te definiëren. Wie was ik voor de zwangerschap en wie ben ik nu als moeder (Borkowski et al., 2012)?
Versterken sociaal netwerk	• Versterken van het eigen sociaal netwerk, hulpbronnen en steun • Verminderen risico kindermishandeling	Zie hoofdstuk 1: Risicofactoren voor tienermoederschap, Risicofactoren van tienermoederschap en Beschermende factoren bij tienermoederschap. Het versterken van het sociaal netwerk ter vermindering van stress en ter versterking van sensitiviteit.
Seksuele voorlichting en weerbaarheid	• Versterken seksuele weerbaarheid en zelfredzaamheid • Preventie nieuwe onbedoelde zwangerschap(pen)	Tienermoeders zijn vaak zwanger geraakt als gevolg van beperkte seksuele zelfredzaamheid. Dit uit zich in onvoldoende seksuele voorlichting, zowel vanuit huis meegekregen als op school geleerd. Deze tienermeiden hebben weinig kennis over het eigen lichaam, seksuele risico's, anticonceptie en voortplanting. Ze missen de vaardigheden om 'nee' te zeggen, of om anticonceptie goed te gebruiken. Daarnaast is uit onderzoek gebleken dat 20% van de meisjes wel eens gedwongen is om iets te doen of toe te staan op seksueel gebied (De Graaf et al., 2005).

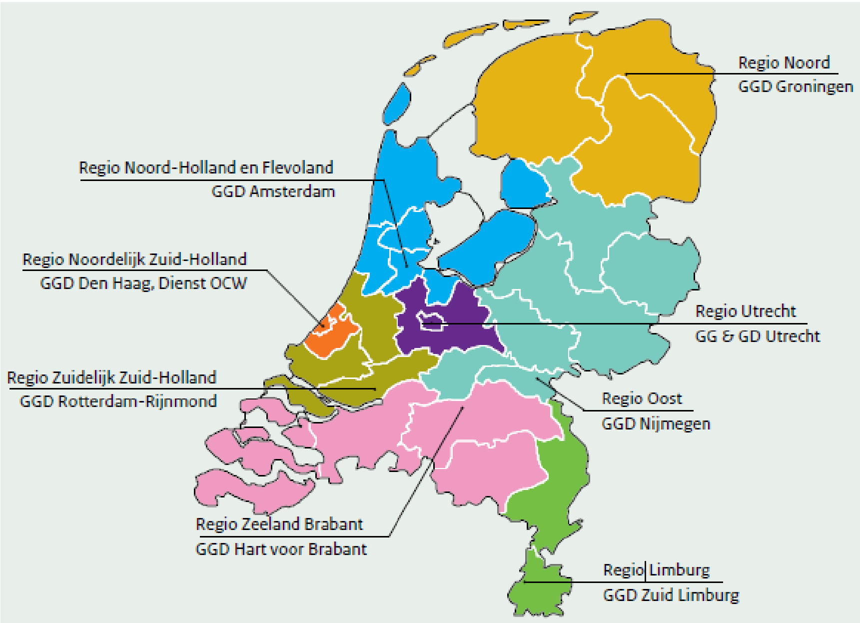
Ondersteuningsthema	Doel	Theoretische onderbouwing
Versterken sensitieve responsiviteit	• Preventie risico onveilige gehechtheid • Preventie kindermishandeling	Zie hoofdstuk 1: risico op onveilige gehechtheid bij kinderen van tienermoeders. Moeders blijken door middel van interventies sensitiever te kunnen worden. Zo verbetert de gehechtheidsrelatie tussen moeder en kind (Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn, & Juffer, 2003).
Versterken opvoedvaardigheden	• Versterken eigen regie • Preventie kindermishandeling	Zie hoofdstuk 1: risico op kindermishandeling bij kinderen van tienermoeders Jonge moeders geven zelf aan weinig behoefte te hebben aan opvoedingsondersteuning (Van Lier, 2002; Keinemans, 2011). De meeste professionals maken zich echter zorgen over de opvoeding van de kinderen. Professionals maken zich zorgen over het bijbrengen van normen en waarden en het stellen van grenzen, maar ook over kleinere zaken als het voorlezen van het kind (Van Lier, 2002).

4. Voorlichting seksuele gezondheid

Dit hoofdstuk beschrijft de inventarisatie van het aanbod in preventieve voorlichting aan tieners om onbedoelde zwangerschappen te voorkomen.

4.1 Landelijk aanbod Soa-zorg en anticonceptie

Soa-zorg is in Nederland belegd in acht regio's met elk een coördinerend Centrum voor Seksuele Gezondheid (CSG). In figuur 4.1 worden de regio's met een coördinerend CSG weergegeven (Van Aar, Koedijk, Van den Broek, Op de Coul, Soetens, Woestenberg, Heijne, Van Sighem, Nielen & Van Benthem, 2014).



Figuur 4.1. Soa-zorg in 8 regio's met coördinerend CSG (Van Aar e.a., 2014: 20).

Om de seksuele gezondheid en de preventie van soa en ongewenste zwangerschap te stimuleren, bieden de CSG Sense-spreekuren voor jongeren en jongvolwassenen tot 25 jaar. Jongeren kunnen de Sense-spreekuren anoniem bezoeken. In 2013 bereikten de soa-spreekuren 8.642 jonge vrouwen tot 20 jaar (6% van het totale bereik). Hiervan waren 83 jongeren 14 jaar of jonger (Van Aar e.a., 2014). Van alle jonge vrouwen van 15 tot 20 jaar is daarmee in 2013 bijna 2% bereikt.
Sense-spreekuren worden bijna vijf keer vaker bezocht door jonge vrouwen dan door jonge mannen. 68% van deze vrouwen is van Nederlandse afkomst, 5% is afkomstig van de Nederlandse Antillen, 5% is Surinaams, 3% Marokkaans, 2% is van Turkse afkomst en 18% heeft een andere afkomst (Van Aar e.a., 2014).
Van de vrouwen die een Sense-spreekuur bezoeken, stelt 32% vragen over anticonceptie. Van de vrouwen heeft 9% te maken met een ongewenste zwangerschap (Van Aar e.a., 2014). Deze cijfers betreffen de gehele doelgroep van de Sense-spreekuren. Dat wil zeggen: vrouwen tot 25 jaar. Er zijn geen cijfers gepubliceerd over de hulpvragen van jonge vrouwen tot 20 jaar.

4.2 Landelijke interventies

In Nederland is een aantal organisaties dat door de landelijke overheid gefinancierd wordt voor (onder meer) de ontwikkeling en/of uitvoering van interventies op het gebied van preventie van tienermoederschap. Het gaat om Soa Aids Nederland, Rutgers WPF, FIOM en Siriz. De door landelijke kenniscentra Soa Aids Nederland en Rutgers WPF ontwikkelde interventies worden door lokale of regionale partijen uitgevoerd. De financiering van de regionale Centra voor Seksuele Gezondheid is ondergebracht in de Subsidieregeling Publieke Gezondheid, onder verantwoordelijkheid van het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM, en wordt regionaal uitgevoerd.

Het landelijke aanbod dat voldeed aan de definitie interventie is in tabel 4.2 weergegeven.

Tabel 4.2: Landelijk en provinciaal beschikbare preventieve voorlichtingsinterventies en hun ontwikkelaar

Interventie	Ontwikkelaar	Beschikbaarheid
Lespakket Lang Leve de Liefde	Soa Aids Nederland, Rutgers WPF, Maastricht University, GGD Rotterdam Rijnmond	Landelijk
Lespakket Relaties en Seksualiteit	Rutgers WPF	Landelijk
Veilig Vrijen en Seksualiteit voor het jeugdwelzijnswerk	Soa Aids Nederland	Landelijk
Opgroeien met liefde	Rutgers WPF	Landelijk
Boys R Us	Rutgers WPF	Landelijk
Girls' choice	Rutgers WPF	Landelijk
Girls' talk	Rutgers WPF	Landelijk
Let's talk	Rutgers WPF	Landelijk
Jouw leven, jouw keus	Rutgers WPF	Landelijk
Kitchen Tea Party	Soa Aids Nederland	Landelijk
Uma Tori	Soa Aids Nederland	Landelijk
Voorlichtingslessen	Siriz	Landelijk
Wijzer in de liefde	GGD Nederland/MOA	Landelijk
Pretty Woman	Jes030	Provincie Utrecht
Superwoman	Youth For Christ	Landelijk
Sense	Soa Aids Nederland, Rutgers WPF, GGD Nederland en GGD centra voor seksuele gezondheid	Landelijk
Sense/Soa poli	GGD centra voor Seksuele Gezondheid	Regionaal
Kinderen, waar kies ik voor?	ASVZ	Landelijk

4.3 Doelstellingen

De onderwerpen die het vaakst terugkomen in de doelstelling van de interventies, zijn bevordering van algemene seksuele gezondheid en bevordering van seksuele weerbaarheid. Beiden worden als doel geformuleerd in 8 van de 18 geanalyseerde interventies.

Tabel 4.3: Inventarisatie belangrijkste voorlichtingsonderwerpen preventieve interventies

Onderwerp	Aantal interventies
Algemene seksuele gezondheid	8
Weerbaarheid	8
Positief zelfbeeld ontwikkelen	6
Kennisoverdracht	6
Gelijkwaardige relatievorming	5

Een deel van de interventies richt zich op jonge kinderen (twee interventies richten zich op kinderen vanaf 0 of 4 jaar; 4 interventies richten zich op kinderen vanaf 10 jaar). Voor deze doelgroep is seksuele gezondheid een passender insteek dan bijvoorbeeld zwangerschap.

Tabel 4.3 laat zien dat doelstellingen van de preventieve interventies over het algemeen beschreven zijn in zeer algemene termen. In deze inventarisatie is niet vastgesteld of deze algemene doelstellingen in de onderliggende trainingshandleidingen vertaald zijn naar concrete leerdoelen. Onder de doelstellingen kunnen activiteiten met zeer diverse thema's geschaard worden. Dit maakt het bepalen van de effectiviteit en doelrealisatie van interventies kwetsbaar.

4.4 Methoden

In tabel 4.4 worden de meest voorkomende methoden en middelen in de interventies weergegeven. Interventies maken veelal gebruik van meerdere methoden en middelen.

Tabel 4.4: Gebruikte methoden in de preventieve interventies

Methode	Aantal interventies
Groepsinterventie	10
Klassikale lessen	5
Spel	5
Film met werkvormen	3

Uit deze tabel blijkt dat de meest gebruikte methoden in de preventieve interventies bestaan uit groepswerk en klassikale lessen. Een dergelijke aanpak volstaat niet voor alle doelgroepen. Met name voor kwetsbare doelgroepen met een achterstand op het gebied van taal en intelligentie of een problematische opvoedingssituatie, is aanvullende individuele ondersteuning noodzakelijk. Het gaat dan bijvoorbeeld om nieuwkomers, erkende vluchtelingen, jongeren met een licht verstandelijke beperking en jongeren die uit de gesloten jeugdzorg komen. Tijdens de expertmeeting kwam naar voren dat deze groepen momenteel onvoldoende bereikt worden. Deelnemers uit de expertmeeting gaven aan dat gebrek aan beleidsaandacht voor deze specifieke kwetsbare doelgroepen op zowel landelijk, regionaal en lokaal niveau hiervan een belangrijke oorzaak is.

4.5 Doelgroepen van de interventies

Interventieontwikkelaars hebben in de inventarisatie aangegeven op welke doelgroep de interventie zich in het algemeen richt. Vervolgens konden zij eventuele subdoelgroepen of specifieke aandachtsgroepen aangeven.

Tabel 4.5: Algemene doelgroepen naar leeftijd, geslacht en opleidingsniveau van de interventies

Doelgroep interventie	Aantal interventies
Jongeren algemeen	6
18+ (v of m/v)	3
Meisjes	3
Laag opgeleide meisjes	2
Jongens	1
Allochtone jongeren	1

Een derde van de interventies (6 van de 18) richt zich op de brede doelgroep jongeren in de leeftijdscategorie 10 tot 20 jaar. Deze interventies maken geen onderscheid op basis van geslacht of opleidingsniveau. Slechts drie interventies richten zich expliciet op de brede doelgroep meisjes, en nog eens twee interventies richten zich nadrukkelijk op de kwetsbare groep meisjes met een lage opleiding.

Nadat ontwikkelaars de algemene doelgroep hadden aangewezen, konden zij daarvan een nadere specificatie geven. Een interventie kan zich bijvoorbeeld richten op de algemene doelgroep jongeren, maar daarbinnen speciale aandacht hebben voor jongeren van allochtone afkomst. Analyse van de gegevens wijst uit dat twee derde van de interventies die zich richten op de doelgroep jongeren, speciale aandacht hebben voor jongeren met een (zeer) laag opleidingsniveau. Het gaat om vier van de zes interventies. Van deze vier interventies richten zich er drie ook nog vooral op allochtone jongeren. Interventies die jongeren als algemene doelgroep formuleren, richten zich zodoende in de praktijk vooral op jongeren met een (zeer) laag opleidingsniveau en/of allochtone afkomst. Deze focus is in overeenstemming met het feit dat de meeste tienermoeders laagopgeleid zijn (ROA, 2009; Hoogenboezem & Oomen, 2010) en van allochtone afkomst (Garssen & Harmsen, 2013). Onderstaande tabel toont de leeftijdsgroepen waarop de interventies zich richten.

Tabel 4.6: Leeftijd doelgroepen van interventies

Leeftijdscategorie	Aantal interventies
18plus	3
Basisschoolleeftijd	3
Voortgezet onderwijs	6
Voortgezet onderwijs PLUS	7

Drie van de 18 interventies (een zesde) richten zich op vrouwen van 18 jaar en ouder. Tienermeisjes van 18 en 19 jaar kunnen hiervan profiteren, maar jongere tieners niet. Twee derde van de interventies richt zich op jongeren op middelbare scholen (tot 18 jaar) en jongeren op de middelbare school en de periode daarna (tot 25 jaar). Eén interventie richt zich op alle leerlingen in het basisonderwijs (4-12 jaar), één interventie richt zich op groep zeven en acht van de basisschool en een derde interventie richt zich op ouders van kinderen van 0 tot 18 jaar, dus ook in de basisschoolleeftijd. Juist op de basisschoolleeftijd kan effectief gewerkt worden aan onderliggende en voorspellende determinanten van gedrag, zodat jongeren, als zij eenmaal seksueel actief zijn,

gezonde keuzes maken. Belangrijke voorspellers van gedrag zijn: kennis, risicoperceptie, attitude of houding, sociale invloed of subjectieve norm, eigeneffectiviteit en intentie met betrekking tot de gedragingen die leiden tot de overkoepelende thema's seksuele identiteit, wensen en grenzen en veilig vrijen (de Vries, Dijkstra & Kuhlman, 1988; Kirby, Laris & Rollarie, 2006).

4.6 Bereik

Over het bereik van interventies is niet veel bekend. De interventies die landelijk beschikbaar zijn, zijn over het algemeen ontwikkeld door landelijke kennisinstituten. Deze instituten voeren de interventies zelf niet uit. Soms zijn er train-de-trainer-opleidingen die verplicht zijn voordat professionals een interventie mogen uitvoeren. Bij de meeste interventies is het volgen van een train-de-trainer echter niet verplicht. Er is weinig zicht op hoeveel scholen, jongerencentra en andere voorzieningen de verschillende interventies uitvoeren.

4.7 Effectiviteit

Om iets te kunnen zeggen over de effectiviteit en outcome van de preventieve interventies, is informatie over het bereik en de ontwikkeling daarvan voorwaardelijk. Ontwikkelaars zouden zelf bereik, implementatie en effectiviteit graag beter willen monitoren, maar hebben hiervoor geen middelen.

Zes interventies zijn *niet* opgenomen in één van de databanken. Bij één van deze interventies (Siriz) zijn activiteiten ondernomen om het niveau goed beschreven te realiseren. Van de interventies staan er zeven op de databank effectieve jeugdinterventies van het NJi. Zes van de interventies staan op de databank van het Centrum Gezond Leven. Eén van de interventies, Lang leve de liefde, is erkend op het niveau: effectief volgens goede aanwijzingen.

5. Voorlichting aan (onbedoeld) zwangere tieners en aan vaders

Tieners die zwanger raken, staan voor de keuze om de zwangerschap af te breken of uit te dragen. Voor voorlichting over, en begeleiding bij deze keuze kunnen tieners op verschillende plaatsen terecht, zowel online, telefonisch als in een persoonlijk gesprek. Dit hoofdstuk beschrijft de landelijke interventies voor keuzevoorlichting en keuzebegeleiding die beschikbaar zijn voor tieners.

5.1 Landelijk aanbod keuzevoorlichting en keuzebegeleiding

Keuzevoorlichting wordt gegeven door huisartsen, abortusklinieken, Fiom (landelijk) en Siriz. Daarnaast zijn er een aantal websites die keuzevoorlichting bieden.

Tabel 5.1: Landelijk aanbod in keuzevoorlichting en keuzebegeleiding

Organisatie	Keuzevoorlichting	Keuzebegeleiding
Abortusklinieken	Ja	toetsen of keuzevoorlichting is gegeven en bedenktijd in acht is genomen.
Fiom Landelijk	Online en telefonisch	Online en telefonisch doorverwijzing naar lokaal aanbod
Huisartsen	Ja	Soms
Siriz	Online, landelijk telefonisch, persoonlijke gesprekken op provinciale hulpposten in hele land	Online, landelijk telefonisch, persoonlijke gesprekken op hulpposten
Sense	Online keuzevoorlichting (zie hoofdstuk 4 voor meer informatie over Sense)	

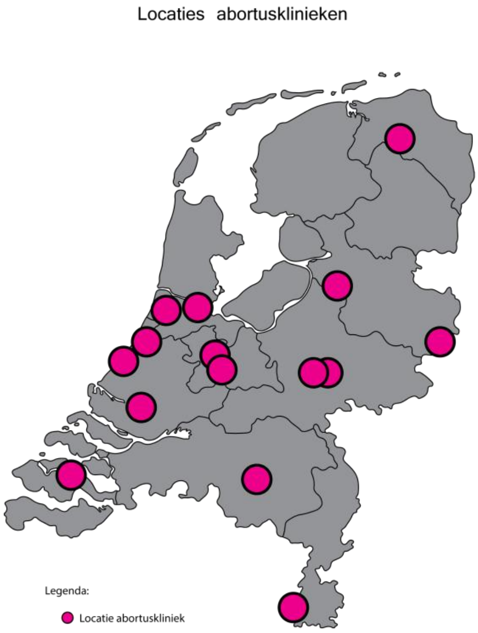
Van de onbedoeld zwangere tieners breekt 65% de zwangerschap af en van de overige 35% overweegt een deel abortus. In de regionale studie van OCD (de Jong en van der Aa, 2011) was 75% van de tienermoeders onbedoeld zwanger, hiervan had 14% abortus overwogen en 2% had adoptie overwogen. De meeste vrouwen worden naar een abortuskliniek of het ziekenhuis verwezen door de huisarts. In 2013 was dat 60%. Abortusklinieken geven aan dat de begeleiding door huisartsen heel verschillend is. Sommige huisartsen verwijzen de (onbedoeld) zwangere vrouwen direct door naar gespecialiseerde hulp of een abortuskliniek, maar er zijn ook huisartsen die zelf meer begeleiding aanbieden.

Verspreid over Nederland zijn er 13 abortusklinieken met een Wafz-vergunning. De spreiding van de klinieken is weergegeven in figuur 5.1. Daarnaast waren er eind 2012 93 ziekenhuizen met een Wafz-vergunning. De meeste (91%) zwangerschapsafbrekingen vonden in 2013 plaats in abortusklinieken (IGZ, 2014). Alle abortusklinieken voeren eerste-trimesterabortussen uit (tot 12 weken zwangerschap) en tien klinieken verrichten tevens twee-trimesterabortussen (boven 12 weken zwangerschap).
De spreiding over het land, van abortusklinieken en ziekenhuizen met abortusvergunning, correspondeert met de spreiding van woonplaatsen van de vrouwen met een abortusverzoek (IGZ, 2014).

Anonimiteit en privacy
Bij behandeling in een abortuskliniek zijn de gegevens van de vrouw of tiener beschermd. Hoewel er wel een dossier wordt bijgehouden, hebben hulpverleners geheimhoudingsplicht en mogen zij zonder toestemming geen informatie aan anderen doorgeven. De kosten werden vergoed vanuit de AWBZ. Bij behandeling in een ziekenhuis worden de kosten door de zorgverzekering vergoed. De zorgverzekeraar stuurt vervolgens de rekening door naar de verzekeringnemer. Omdat tieners tot 18 jaar meestal via hun ouders verzekerd zijn, kan hen dit in een ongewenste situatie brengen. Niet iedere tiener wil immers met haar ouders praten over een abortus.

Keuzevoorlichting abortusklinieken
23% van de vrouwen die in 2013 een abortus ondergingen, wendde zich zonder verwijzing rechtstreeks tot de kliniek of het ziekenhuis. Alle abortusklinieken geven tijdens het intakegesprek voorlichting over mogelijke keuzes, zij toetsen de vrijwilligheid van de al gemaakte keuze en bieden voorlichting met betrekking tot anticonceptie.
Tijdens het intakegesprek komen de volgende onderwerpen aan de orde (Wafz verplicht):

- bespreken welke keuzemogelijkheden er zijn: zwangerschap uitdragen of abortus;
- motivatie voor keuze voor abortus;
- mogelijkheid voor ondersteuning bij het maken van een keuze bij een gespecialiseerde instelling;
- anticonceptie mogelijkheden.



Figuur 5.1. Locaties abortusklinieken.

Door de bedenktijd van vijf dagen is het eerste contact met een arts belangrijk. Het eerste contact kan bij de huisarts of in de abortuskliniek plaatsvinden. Tijdens het intakegesprek in de abortuskliniek kan direct een vervolgafspraak voor behandeling worden gemaakt. Mocht de vrouw nog twijfelen over haar keuze, dan verwijst de arts naar specialistische hulpverlening bij keuzebegeleiding (Fiom of Siriz).

De CASA-klinieken hadden om jongeren te bereiken een eigen website www.seksenzo.info. Jongeren tot 25 jaar konden daar online vragen stellen over seksualiteit, aan artsen en deskundigen. De website is in januari 2015 gestopt.

Tijdens de telefonische interviews met abortusklinieken kwamen de volgende opvallende punten naar voren.

- Alle abortusklinieken geven keuzevoorlichting tijdens het intakegesprek in de kliniek. Abortusklinieken maken hierbij gebruik van landelijke richtlijnen (zie paragraaf kwaliteitsborging keuzebegeleiding).
- De meeste zwangere vrouwen die bij de abortuskliniek komen, hebben de keuze gemaakt voor een abortus. De abortusarts toetst of het besluitvormingsproces goed is verlopen en of de vrouw achter haar keuze staat.
- In de CASA-klinieken is onlangs de tijd voor het intakegesprek verdubbeld naar een half uur, zodat er meer tijd is om stil te staan bij de keuzebegeleiding.

- Bij verwijzing naar gespecialiseerde hulpverlening in de eigen regio werd door abortusklinieken met name Fiom genoemd (website en/ of telefoonnummer Fiom landelijk). De lokale gespecialiseerde hulp was niet altijd in beeld.
- Uit de telefonische gesprekken kwam naar voren dat abortusklinieken niet goed op de hoogte zijn van het aanbod van Siriz. Een enkele abortuskliniek twijfelt aan de neutraliteit van de begeleiding. Twee abortusklinieken geven aan alleen door te verwijzen naar Siriz als de zwangere al heeft besloten de zwangerschap uit te willen dragen.

Fiom

Fiom landelijk is een kennis- en netwerkcentrum op het gebied van afstandsvraagstukken, keuzevoorlichting, keuzebegeleiding, begeleiding bij het uitdragen van een onbedoelde zwangerschap en begeleiding bij verwerking van abortus. Fiom landelijk biedt online keuzevoorlichting en online keuzebegeleiding door middel van chatten en e-mail. In de bijlage is het bereik via email en chat aan de totale doelgroep weergegeven. Er zijn geen cijfers specifiek voor tienermoeders bekend. Fiom blijkt in de praktijk vooral bekend als organisatie voor keuzebegeleiding. Er bleek bij professionals soms ook verwarring te bestaan over wat Fiom precies doet, omdat er ook (zelfstandige) grootstedelijke en zelfstandige Fiom werkeenheden zijn. Ook is er onduidelijkheid over de landelijke/lokale dekking van het Fiom-aanbod. Dit is verklaarbaar door grote veranderingen die Fiom de afgelopen jaren heeft doorgemaakt.

Siriz

Siriz biedt keuzevoorlichting en keuzebegeleiding aan tieners en volwassen vrouwen en mannen die met een onbedoelde zwangerschap te maken hebben. Ook biedt Siriz begeleiding bij afstand ter adoptie, begeleiding tijdens (onbedoelde) zwangerschap en hulp bij verwerking van een abortus. Siriz biedt ondersteuning via e-mail, chatgesprekken, telefonisch en in persoonlijk gesprek. Deze persoonlijke gesprekken vinden plaats vanuit de 18 hulpposten. De spreiding van de hulpposten zijn weergegeven in figuur 5.2.



Figuur 5.2. Locaties Siriz hulpposten.

In 2013 zijn 52 ambulante begeleidingstrajecten aan tienerouders uitgevoerd, waarvan 16 trajecten begeleiding boden bij de keuze om de zwangerschap uit te dragen of af te breken. In totaal zijn 2.159 hulpvragen binnengekomen. De hulp in de chatgesprekken was grotendeels aan tieners jonger dan 18 jaar met vragen over onbedoelde zwangerschap (Siriz, 2014).
Siriz werkt in de keuzebegeleiding met de beschreven werkwijze Keuze procesbegeleiding.
Bij zowel Siriz als Fiom kunnen ook aanstaande (tiener)vaders terecht voor hulp en advies bij onbedoelde zwangerschap.

Nazorg en verwerking

Voor hulp bij verwerking van abortus kunnen tieners naast Fiom en Siriz ook terecht bij Sense (e-mail, chat en telefonisch). In de focusgesprekken gaven jonge moeders aan goede voorlichting te hebben ontvangen. Wat de jonge moeders misten, was uitwisseling of het horen van ervaringen van andere

tieners die voor deze keuze stonden. Zowel bij het maken van een keuze, als bij de verwerking van de keuze hadden ze graag gebruikgemaakt van ervaringsdeskundigheid.

5.2 Methode

Om de kwaliteit te borgen en ter ondersteuning van professionalszijn er de volgende richtlijnen:

- Multidisciplinaire richtlijn Begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen van het Nederlands Genootschap Van Abortusartsen (NGVA, 2011). In de richtlijn staan aanbevelingen voor professionele begeleiding bij de besluitvorming voor de vrouw die zwangerschapsafbreking overweegt. Deze richtlijn is ontwikkeld voor alle professionals die vrouwen bij besluitvorming begeleiden, en is ontwikkeld in samenwerking met Platform Abortus Nederland, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, Stichting Ambulante Fiom, Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland.
- MEE Nederland heeft een landelijke richtlijn ontwikkeld voor de begeleiding van mensen met een verstandelijke beperking die vragen hebben op het gebied van kinderwens, zwangerschap en ouderschap (Gorgels, Coolen & Leidmeier, 2009). Alle MEE-consulenten werken volgens deze richtlijn. De richtlijn omschrijft wat een consulent in ieder geval moet doen tijdens het ondersteuningsproces.

Ter ondersteuning van huisartsen zijn de volgende richtlijnen en materialen ontwikkeld:

- NHG-Standaard: Zwangerschap en kraamperiode van het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG). Richtlijn voor huisartsen bij zwangerschap. De huisarts vraagt na of de zwangerschap gewenst is. Zo nodig verheldert de huisarts de hulpvraag en wijst op de keuzemogelijkheden bij een ongewenste zwangerschap. Fiom en Siriz worden o.a. genoemd voor het bieden van hulp en advies. Aangezien de nazorg bij een abortus niet altijd vanzelfsprekend bij de abortuskliniek plaatsvindt, kan de huisarts in een follow-up aandacht besteden aan anticonceptie, aan angst voor soa en aan seksualiteit (NGA, 2012).
- QuickScan onbedoelde zwangerschap (Fiom, 2012). De Quickscan helpt huisartsen om vrouwen die onbedoeld zwanger zijn op een goede manier te informeren en te begeleiden en, wanneer dit nodig is, door te verwijzen naar organisaties die specifieke hulpverlening kunnen bieden.

5.3 Lokaal aanbod keuzebegeleiding

Zowel Siriz (in de 18 hulpposten) als Fiom bieden ook lokale keuzebegeleiding. Fiom biedt dit lokaal met Fiom Grootstedelijk (Amsterdam, Rotterdam, Utrecht en Den Haag) en Fiom-gekwalificeerde hulpverleners. Zie de bijlage 1 over Siriz en Fiom voor meer informatie. Abortusklinieken hebben niet altijd de mogelijkheid om in de directe omgeving door te verwijzen naar gespecialiseerde keuzebegeleiding. Meestal wordt er dan doorverwezen naar het Algemeen maatschappelijk werk in de directe omgeving. Dit is (vaak) geen



Figuur 5.3. Locaties Fiom Grootstedelijk.

specialistische hulp en er kan niet altijd rekening gehouden worden met de snelheid die gewenst is. Hoe langer er wordt gewacht, des te zwaarder is de ingreep van de zwangerschapsafbreking. Of er is geen zwangerschapsafbreking meer mogelijk. Bij specialistische hulpverlening kan een tiener/vrouw vaak dezelfde dag terecht. Bij abortusverzoeken door tieners onder de 16 jaar vinden abortusklinieken gespecialiseerde hulpverlening extra belangrijk. Vooral als er geen toestemming van ouders/voogd mogelijk is, omdat de hulpverlening dan de begeleiding en ondersteuning bij het maken van de keuze van de ouders/voogd overneemt. Snelle en deskundige keuzebegeleiding is daarmee een belangrijk aandachtspunt om te borgen in het gemeentelijk aanbod.

5.4 Adoptie

Fiom en Siriz bieden begeleiding als vrouwen het kind ter adoptie willen afstaan. Naast Fiom en Siriz zijn de Raad van de Kinderbescherming en Bureau Jeugdzorg daarbij betrokken.
In 2013 zijn bij Fiom 70 hulpvragen binnengekomen met betrekking tot afstand ter adoptie (niet specifiek van tienermoeders); 6 kinderen zijn afgestaan, 18 kinderen door de moeder of ouders zelf opgevoed, 13 kinderen zijn in een pleeggezin geplaatst en 33 cliënten zijn nog in begeleiding.
Er is een landelijk afstandsprotocol. Dit wordt momenteel geëvalueerd en in 2015 komt er een vernieuwde versie (Fiom, 2014).

5.5 Preventie herhaalde onbedoelde zwangerschap

Bij twee derde van alle behandelde vrouwen was dit de eerste zwangerschapsafbreking. Bijna een kwart had eerder één abortus ondergaan. De overige vrouwen hadden twee of meer abortussen gehad. Zowel abortusklinieken als de andere landelijke instellingen hebben aandacht voor preventie van een herhaalde onbedoelde zwangerschap. Deze instellingen zijn in de onderstaande tabel weergegeven.

Tabel 5.2: Voorlichting anticonceptie na zwangerschapsafbreking

Preventie voorkomen herhaalde abortus	
Organisatie	**Voorlichting**
Abortusklinieken	Ja (vooraf en bij nacontrole)
Huisartsen	Eventueel. bij nacontrole na abortus
Siriz	Ja, in begeleidingstrajecten
Fiom (landelijk)	Op initiatief tiener (online of telefonisch)

Abortusklinieken bieden tijdens het intakegesprek voorlichting met betrekking tot anticonceptie. Dit zijn de klinieken verplicht volgens de Wafz (2013). In de Richtlijn begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen van het NGvA, zijn aanbevelingen opgenomen met betrekking tot de rol van de hulpverlener over anticonceptie en voorkomen van een herhaalde onbedoelde zwangerschap (NGvA, 2011). Na de abortusbehandeling wordt met de vrouw een afspraak gemaakt voor een medische nacontrole. Bij een behandeling in de abortuskliniek koos meer dan de helft van de vrouwen voor een nacontrole bij de huisarts. Bij een behandeling in een ziekenhuis koos 86% voor een nacontrole bij degene die haar behandeld had (IGZ, 2014). Een belangrijk onderdeel van de nazorg is het gesprek over anticonceptie. Volgens de registratie verlaat driekwart van de vrouwen de abortuskliniek of het ziekenhuis met een anticonceptieadvies en 18% met een verwijzing naar de huisarts (IGZ, 2014). Abortusklinieken geven een evaluatieformulier mee als de nacontrole bij de huisarts plaatsvindt.

Tijdens de telefonische interviews kwamen de volgende opvallende punten naar voren.

- Een abortuskliniek gaf aan dat het percentage vrouwen dat voor de nacontrole niet naar de kliniek terugkomt, hoog is. Volgens de landelijke cijfers is dat 45% (IGZ, 2014). Dit bemoeilijkt nazorg en voorlichting over anticonceptie.
- Drie abortusklinieken geven aan dat er knelpunten zijn met betrekking tot de anticonceptie, te weten:
  - (onbedoeld) zwangere tieners/jonge vrouwen geven aan wel anticonceptie te hebben gebruikt en toch zwanger te zijn geraakt;
  - er is (te) weinig kennis over het gebruik van anticonceptie;
  - er is weinig begeleiding bij het gebruik van anticonceptie.

Preventie van herhaalde onbedoelde zwangerschappen bij tieners is ook voor gemeenten een belangrijk punt om te borgen in het gemeentelijk instrumentarium.

5.6 Bereik

Alle zwangere tieners die een zwangerschap af laten breken, hebben bij de abortuskliniek of ziekenhuis een keuzegesprek en, afhankelijk van de behandeling, een bedenktijd van vijf dagen. Zo nodig worden tieners verwezen voor meer hulp en keuzebegeleiding.
Over het bereik van keuzevoorlichting en -begeleiding aan tieners die de zwangerschap uitdragen, zijn onvoldoende gegevens beschikbaar bij organisaties en bij koepelorganisaties om een uitspraak te kunnen over het bereik van tieners.

6. Ambulante hulp aan (aanstaande) tienermoeders

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de inventarisatie van landelijk georganiseerd en landelijk toegankelijk aanbod van ambulante hulp en de landelijk toegankelijke interventies voor (aanstaande) tienermoeders. De resultaten van de focusgroep met jonge moeders en die met professionals vanuit de ambulante hulp, zijn ook dit hoofdstuk verwerkt.
Naast landelijk toegankelijk aanbod, zijn er eveneens lokale initiatieven voor (aanstaande) tienermoeders. Omdat deze niet landelijk toegankelijk of georganiseerd zijn, vallen deze interventies buiten de scope van dit onderzoek.

6.1 Landelijk aanbod ambulante hulp

Voor tieners die hun zwangerschap willen uitdragen en voor tienermoeders is er weinig landelijk georganiseerde ambulante hulp. Er zijn twee organisaties die zich op dit terrein bezighouden met tienermoeders, namelijk Siriz en Fiom Landelijk.

> *"Zelf zou ik niet op tijd om hulp vragen, de begeleiding moet initiatief nemen." (Focusgroep: (aanstaande) jonge moeders Kadera)*

Fiom
Fiom landelijk positioneert zich voornamelijk als kenniscentrum op de thema's afstammingsvragen en keuzebegeleiding bij onbedoelde zwangerschap. Daarnaast wordt er online hulpverlening geboden aan tienermoeders en zwangere tieners die de zwangerschap willen uitdragen. Ook verwijst Fiom naar haar landelijk netwerk van gespecialiseerde hulpverleners. In de begeleiding is aandacht voor vragen op het gebied van huisvesting, scholing, werk, kinderopvang, financiën, medische begeleiding, erkenning, vaderschap of voogdij.

Siriz
Siriz richt zich primair op keuzevoorlichting en keuzebegeleiding bij onbedoelde zwangerschappen en hulp bij het uitdragen van de zwangerschap. Siriz heeft een aanbod verspreid over 18 hulpposten in de verschillende provincies van Nederland. In 2013 zijn er 52 begeleidingstrajecten aan tienerouders uitgevoerd, waarvan er in 30 trajecten begeleiding bij het uitdragen van de zwangerschap werd geboden. Siriz werkt met een beschreven werkwijze bij de begeleiding bij uitdragen van een (aanvankelijk) onbedoelde zwangerschap.

6.2 Landelijk aanbod, lokaal georganiseerd

Tienermoeders kunnen gebruikmaken van het lokale (soms regionale) reguliere aanbod van organisaties die hulp en begeleiding bieden. Deze organisaties zijn niet specifiek gericht op tienermoeders, enkele lokale uitzonderingen daargelaten. Van deze organisaties heeft MEE Nederland een werkbeschrijving voor het begeleiden van cliënten bij een kinderwens of bij zwangerschap.

Tabel 6.1: Regulier lokaal aanbod

Regulier lokaal aanbod	Uitvoerende partij
Consultatiebureau / JGZ 0-4	CJG of andere gemeentelijke partner
Huisartsen	Lokaal
Bureau Jeugdzorg	Lokaal/regionaal
Algemeen Maatschappelijk Werk	Lokaal
MEE	Lokaal/regionaal

Uit gesprekken met de focusgroep is naar voren gekomen dat er verschillen zijn tussen de jonge moeders en de mate waarin zij de hulp of begeleiding hebben kunnen vinden. De jonge moeders in steden waar relatief veel aanbod en aandacht is, weten dit ook te vinden. De moeders in andere steden geven aan dat zij voor hun gevoel van het kastje naar de muur worden gestuurd, omdat het onduidelijk is waar zij hulp kunnen vinden. Enkele jonge moeders hebben in een focusgroep gesprek aangegeven de hulp gevonden te hebben via het Steunpunt Huiselijk Geweld. Deze moeders hebben ervaring met geweld in hun relatie en dat is de insteek geweest voor het zoeken naar hulp, niet het jong moederschap op zich.

6.3 Landelijk beschikbare interventies

Gemeenten en organisaties kunnen bij de inkoop van jeugdhulpverlening gebruik maken van landelijk beschikbare interventies. Er zijn twee interventies die tienermoederschap als risicofactor hebben, namelijk Voorzorg en Stevig Ouderschap. Beide interventies worden door de JGZ uitgevoerd. Voorzorg en Stevig Ouderschap zijn in de basis geschikt voor alle moeders, maar hebben jong moederschap als risicofactor meegenomen in de beslissing om het programma wel of niet aan een moeder aan te bieden. Beide programma's werken door middel van huisbezoeken van een jeugdgezondheidszorg-verpleegkundige.
Het voornaamste doel van Voorzorg is het voorkomen van kindermishandeling. VoorZorg is een intensief programma en wordt momenteel in ongeveer 30 gemeenten uitgevoerd.
Stevig Ouderschap is een programma voor opvoedondersteuning met als voornaamste doel het voorkomen van ernstige opvoedingsproblemen. Momenteel is in 35% van de Nederlandse gemeenten Stevig Ouderschap aanwezig (ongeveer 140 gemeenten).

Naast bovenstaande interventies, zijn er ook andere interventies beschikbaar voor moeders/ouders in Nederland. Hoewel ze niet specifiek zijn ontwikkeld voor tienermoeders, kan er wel gebruik van worden gemaakt. In een onderzoek van het NJi (Oudhof, Zoon & Steege, 2013) zijn vijf werkzame elementen voor effectieve interventies bij jonge moeders, dit zijn:

- Prenatale start
- Sociale steun
- Gerichtheid op sensitiviteit van de moeder
- Psycho-educatie
- Videofeedback goed middel

> *"Als een moeder veel taken heeft en het erg druk heeft dan kan ze de relatie met haar kindje verwaarlozen." (Jonge moeder, focusgroep Siriz)*

Daarnaast zijn er drie effectieve manieren volgens het NJi (Oudhof, Zoon & Steege, 2013):

- Huisbezoeken
- School gerelateerde programma's
- Opvoedprogramma's.

In het dossier opvoedingsondersteuning van het NJI (geraadpleegd op 5 december 2014) staat een lijst met diverse interventies op het terrein van opvoedingsondersteuning. Binnen de scope van dit onderzoek voert het te ver om al die interventies te benoemen. Voorzorg en Stevig Ouderschap zijn al benoemd. In het onderstaand overzicht van interventies is aangegeven of deze interventies één van de acht werkzame/effectieve elementen voor tienermoeders in zich hebben. Interventies voor ouders met kinderen vanaf acht jaar zijn niet opgenomen, omdat er dan geen sprake meer is van een tienermoeder.

Tabel 6.2: Overzicht van interventies met werkzame factoren voor tienermoeders

Interventie	**Huis bezoek**	**School gere-lateerd**	**Pre-natale start**	**Sociale steun**	**Video-feed-back**	**Opvoed pro-gramma**	**Sensi-tiviteit**	**Psycho-educa-tie**
Gordon-cursus "Effectief omgaan met kinderen"						x	x	x
Home-Start	x			x		x		
Incredible Years (Basis)				x		x		x
KopOpOuders Online				x		x	x	x
Kortdurende Video-Hometraining	x				x	x	x	x
Moeders Informeren Moeders	x			x		x		
Opvoeden & zo						x		x
Ouder-baby interventie	x			x		x	x	x
Pedagogisch adviseren				x		x		
Rookvrij opgroeien	x					x		x
Smakelijke eters				x		x	x	x
Stevig Ouderschap	x		x			x		
Themis Opvoedcursus				x		x		
Triple P (diversen)	x					x		x
Veiligheidsinformatiekaarten	x					x		x
VIPP-SD	x				x	x	x	x
Video Home Training	x				x	x	x	x
VoorZorg	x		x			x		x

Uitkomsten van tabel 6.2 ondersteunen het beeld dat Stevig Ouderschap en VoorZorg interventies zijn die geschikt zijn voor tienermoeders, vanwege de prenatale start. Er zijn echter meerdere interventies die heel geschikt zijn om in te zetten bij tienermoeders na de prenatale start, namelijk ook VIPP-SD, Kortdurende Video Hometraining, Ouder-baby interventie en Video Hometraining
Van deze interventies heeft VIPP-SD de hoogste erkenning wat betreft effectiviteit:

- Erkend effectief volgens sterke aanwijzingen: VIPP-SD;
- Erkend effectief volgens goede aanwijzingen: Ouder-baby interventie;
- Erkend goed onderbouwd: Home-start, MIM, Stevig Ouderschap, Video Home Training, Kortdurende VHT, Voorzorg.

Ondersteuningsthema's

> *"De stress die ik had, en die ook veel andere jonge moeders hebben, maakt een veilige hechting moeilijker."*
> *(Jonge moeder, focusgroep Siriz)*

Zoals in hoofdstuk 3, de methode, is beschreven, zijn er verschillende ondersteuningsthema's waar tienermoeders behoefte aan hebben, of die vanwege risicofactoren kunnen spelen. Onderstaand overzicht brengt de bovenstaande ambulante hulp en de interventies in beeld, die ingezet kunnen worden voor opvoedondersteuning. Bij deze interventies is aangegeven op welke ondersteuningsthema's dit aanbod zich primair richt, gebaseerd op de beschrijvingen en gesprekken met de verschillende organisaties die het aanbod verzorgen. Uit dit schema komt naar voren dat de ambulante hulpvoorzieningen zich vooral richten op de praktische ondersteuning en emotionele steun. De opvoedondersteuningsinterventie richten zich meer op versterking van het sociale netwerk, de sensitieve responsiviteit (de gehechtheidsrelatie) en opvoedvaardigheden. Voor gemeenten is het belangrijk om bij de inkoop van hun instrumentarium, oog te hebben voor de verschillende ondersteuningsthema's die spelen bij tienermoeders.

Tabel 6.3: Interventies en ondersteuningsthema's

Ondersteuningsthema's	**Huisvesting**	**Financiën**	**Onderwijs, werk, dagbesteding**	**Praktische steun met informatie en advies**	**Emotionele steun**	**Versterken sociaal netwerk**	**Seksuele voorlichting en weerbaarheid**	**Versteken sensitieve responsiviteit**	**Versterken opvoedvaardigheden**
Naam voorziening/ interventie									
Ambulante hulp bij uitdragen zwangerschap FIOM (landelijk)				x	x				
Ambulante hulp bij het uitdragen van zwangerschap FIOM (grootstedelijk bureau)	x	x	x	x	x				
Ambulante hulp bij het uitdragen van zwangerschap FIOM (netwerk gespecialiseerde hulpverleners)	x	x	x	x	x				
Ambulante hulp bij uitdragen zwangerschap Siriz	x	x		x					
VoorZorg				x	x	x		x	x
Stevig Ouderschap					x	x			x
MIM					x	x			x
Home-Start					x	x			x
Kortdurende Video Hometraining								x	x
Ouder-baby interventie								x	x
VIPP-SD								x	x
Video Hometraining,								x	x

Tienervaders

De beschreven interventies zijn (vaak) niet specifiek gericht op tienervaders.
Voor zover bekend zijn er geen specifieke interventies voor tienervaders. Wel kunnen tienervaders terecht bij de interventies en organisaties die zijn beschreven. Enkele van hen hebben ook al ervaring met tienervaders. Vanuit de focusgroep gesprekken met professionals is het signaal naar voren gekomen dat er vaker (tiener)vaders in beeld zijn en dat de begeleiding soms gericht is op stellen (moeder en vader). Dit vormt dan soms weer een probleem rondom huisvesting. Daarnaast geven instellingen aan dat de vaders van de kinderen bij tienermoeders vaak ouder zijn dan 20 jaar. Met tienervaders hadden de professionals relatief weinig van doen.

6.4 Bereik

Over het bereik van ambulante hulp van zwangere tieners en tienermoeders zijn bij de organisaties en bij koepelorganisaties onvoldoende gegevens bekend om een uitspraak te kunnen doen of deze tieners ook echt worden bereikt. Gemeenten zouden zelf in kaart kunnen brengen of zij met het lokale hulpaanbod tienermoeders bereiken om hen te ondersteunen bij het vinden van huisvesting, ambulante hulp en opvoedondersteuning.

7. Opvang van tienermoeders

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de inventarisatie van opvangvoorzieningen in 2014 voor tienermoeders, met jaarrapportagecijfers uit 2013. Door de decentralisaties is voor veel opvangvoorzieningen de financiering (waaronder AWBZ) verandert, waardoor er verschillen met de huidige situatie kunnen zijn. Zie hoofdstuk 2 voor wijzigingen in de wettelijke kaders. De meeste opvangvoorzieningen voor tienermoeders bieden ook opvang aan jonge moeders, waardoor het scheiden van de doelgroepen binnen de scope van dit onderzoek niet mogelijk was. In dit hoofdstuk wordt daarom met name gesproken over jonge moeders. Hiermee worden zowel tienermoeders als jonge moeders bedoeld.

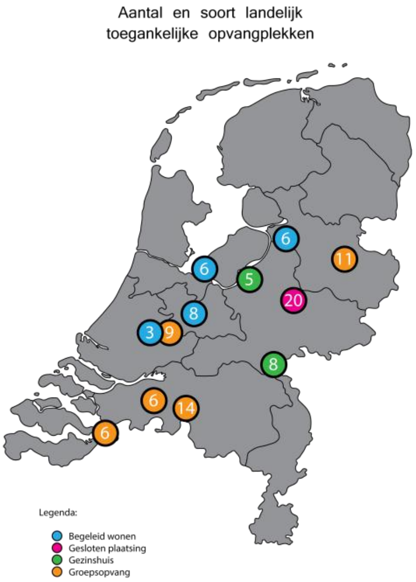
7.1 Landelijk aanbod opvanglocaties

In Nederland zijn 32 voorzieningen voor tiener- en jonge moederopvang. Deze opvang wordt vanuit verschillende financieringsbronnen bekostigd. In tabel 6.1 is het aantal opvangvoorzieningen opgenomen dat vanuit de verschillende financieringsstromen wordt bekostigd. Er zijn dertien voorzieningen die gecombineerd bekostigd worden. De 32 opvangvoorzieningen voor tiener- en jonge moederopvang, hebben gezamenlijk een opvangcapaciteit voor minimaal 403 gezinnen (moeder en kind, vader en kind, of gezin). De meeste voorzieningen hanteren een leeftijdsgrens tot en met 23 jaar. Er zijn ook voorzieningen die alleen minderjarige of meerderjarige tiener- of jonge moeders opvangen.

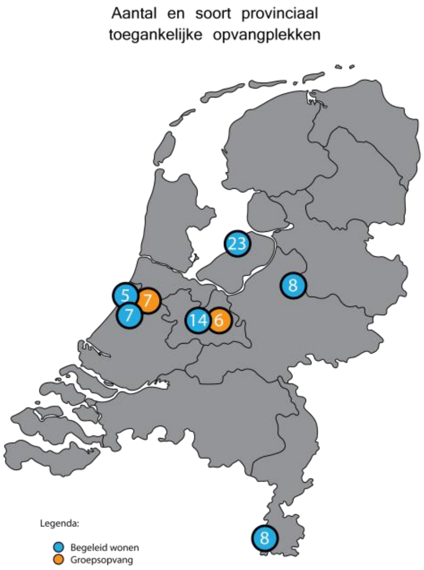
Tabel 7.1: Financieringsbronnen opvanglocaties voor tienermoeders

	AWBZ	**Gemeente**	**Provincie en Stadsgewest**	**Rijk**	**Giften**
Totaal	20	13	11	2	1

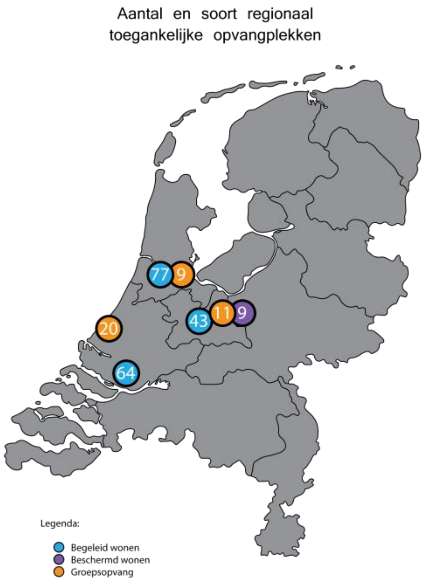
De figuren 7.1, 7.2 en 7.3 geven de spreiding van respectievelijk de landelijke, provinciale en regionale opvangplekken in Nederland weer. Het getal in de plaatsaanduiding geeft het aantal opvangplekken voor tienermoeders en/of jonge moeders in die plaats weer. Opvallend is dat er geen voorzieningen in Noord Nederland zijn en weinig voorzieningen in Zuid-Nederland. In Provincie Utrecht zijn relatief veel opvangvoorzieningen, terwijl er in Utrecht relatief weinig tienermoeders wonen.



Figuur 7.1. Landelijke opvangvoorzieningen.



Figuur 7.2. Provinciale opvangvoorzieningen.



Figuur 7.3. Regionale opvangvoorzieningen.

In 2014 zijn 14 opvangvoorzieningen landelijk toegankelijk, voor AWBZ-zorg (tot 1-1-2015), vrouwenopvang en voor (gesloten) jeugdzorg. De overige voorzieningen zijn provinciaal of regionaal toegankelijk. Er zijn geen opvangvoorzieningen die alleen lokaal werken. Provinciale voorzieningen zijn voor Jeugdzorg en voor vrouwenopvang. Regionale voorzieningen zijn voor vrouwen- en maatschappelijke opvang. Tabel 7.4 toont een overzicht van het aantal voorzieningen in Nederland. Voorzieningen zijn geclusterd op werkgebied (landelijk, provinciaal, regionaal of lokaal) en op type opvang. Bovendien is aangegeven of er in 2015 wijzigingen zijn in het werkgebied of de capaciteit. De meeste voorzieningen bieden begeleid wonen of groepsopvang. Veel organisaties hebben de afgelopen jaren hun aanbod vernieuwd en steeds vaker wordt begeleid wonen aangeboden. Daarnaast zijn er ook: gesloten opvang, gezinshuizen en pleegzorg.
Bij de meeste organisaties wordt er niet gewerkt met wachtlijsten. Slechts enkele organisaties hebben een wachtlijst. Twee organisaties bieden een ambulant voortraject van overbruggingszorg tijdens de wachtperiode. Verschillende organisaties werken met een centrale toeleiding (via het jongerenwerk, of via een centraal regionaal meldpunt).

Tabel 7.2: Werkgebied en capaciteit opvangvoorzieningen

Type opvang	Aantal voorzieningen	Capaciteit	Wijziging 2015
Landelijk	**11**	**101**	
Begeleid wonen	3	20	Ja
Gesloten plaatsing	1	20	Nee
Gezinshuis	2	13	Ja
Groepsopvang	4	37	Ja
Groepsopvang en begeleid wonen	1	11	Ja
Provincie Flevoland	**1**	**23**	
Begeleid wonen	1	23	Ja
Provincie Limburg	**2**	**8**	
Begeleid wonen	1	8	Ja
Pleeggezin	1		Ja
Provincie Overijssel	**1**	**8**	
Begeleid wonen	1	8	Ja
Provincie Utrecht en Gelderland	**2**	**20**	
Begeleid wonen	1	14	Ja
Groepsopvang	1	6	Ja
Provincie Zuid-Holland	**3**	**19**	
Begeleid wonen	2	12	Ja
Groepsopvang	1	7	Ja
Regio Amsterdam	**3**	**86**	
Begeleid wonen	2	77	Ja
Groepsopvang	1	9	Ja
Regio Haaglanden	**2**	**20**	
Groepsopvang	2	20	Ja
Regio Utrecht	**4**	**54**	
Begeleid wonen	3	43	Ja
Groepsopvang	1	11	Ja
Regio Rotterdam	**3**	**64**	
Begeleid wonen	3	64	Ja
Eindtotaal	**32**	**403**	

7.2 Capaciteit

Of de capaciteit van de opvang voldoende is om aan de behoefte te voldoen, kan niet worden aangegeven. Dit is niet mogelijk om de volgende redenen:

- Niet alle tienermoeders hebben behoefte aan opvang. Cijfers over het aantal tienermoeders met een behoefte aan opvang (of specialistische opvang) zijn niet beschikbaar.
- De capaciteit aan opvangplekken wordt deels bezet door tienermoeders en deels door jonge moeders.
- Het aantal moeders dat gebruik heeft gemaakt van opvang zegt niets over de behoefte van tienermoeders, omdat opvanginstellingen andere leeftijdsgrenzen hanteren (meestal tot 23 jaar).

- Enkele organisaties rapporteren een begeleidingscapaciteit en geen opvangcapaciteit omdat begeleiding niet gebonden is aan een opvangplek, maar aan de ondersteuningsbehoefte.
- Tienermoeders maken ook gebruik van andere opvangvoorzieningen, zoals begeleid kamerbewoningsprojecten voor zwerfjongeren, ouder-kind woonvoorzieningen voor (licht) verstandelijk beperkten en algemene voorzieningen voor maatschappelijke- en vrouwenopvang. Gegevens over het aantal tienermoeders dat gebruik maakt van deze voorzieningen is niet bekend (Federatie Opvang, MEE Nederland). Bureaus Jeugdzorg en de brancheorganisatie Jeugdzorg zijn benaderd, maar hebben geen response gegeven.

De interviews met de organisaties en de focusgroepen leveren wel informatie op over de aansluiting van opvangcapaciteit op de behoefte. Organisaties die geen wachtlijst hebben, geven daar twee verschillende redenen voor op: er is teveel of er is te weinig vraag. Het volgende valt op.

- Verschillende organisaties geven aan dat er in 2013 een lagere bezettingsgraad was dan de jaren ervoor. Dit wordt met name benoemd door instellingen met een sterke regiobindingseis, een dubbele indicatiestelling of met AWBZ-zorg.
- Opvangvoorzieningen voor speciale doelgroepen, zoals langdurig beschermd wonen voor jonge moeders met een verstandelijke beperking of een psychische stoornis, hebben vaak een hoge bezettingsgraad en wijzen daarom aanvragen voor plaatsing.
- Opvangvoorzieningen die beschikbaar zijn zonder indicatie en regiobindingseisen geven aan de vraag niet aan te kunnen en hebben een hoge bezettingsgraad. Een mogelijke verklaring is dat indicatiecriteria door het CIZ zijn gewijzigd en verzwaard.

"Indicaties ZZP 3 worden het laatste jaar (2014) minder snel afgegeven vanuit het CIZ. Er is wel vraag naar opvang en begeleiding, maar de indicaties worden niet afgegeven. Eerder was er een wachtlijst voor plaatsing. Nu indicaties niet makkelijk afgegeven worden, is er wel plek." (Gedragskundige, organisatie voor AWBZ zorg)

"CIZ en Jeugdzorg wijzen naar elkaar bij deze tienermoeders als er een indicatie afgegeven moet worden. Hulp kan vaak pas gegeven worden als er problemen zijn, dan is preventieve inzet niet mogelijk." (Gedragskundige, jeugdzorgorganisatie)

In twee focusgroepen met (aanstaande) jonge moeders werd benoemd dat de toelatingseisen het vinden van een opvangplek erg moeilijk maakt. Het is niet duidelijk of het moeilijk vinden van opvangplekken tot meer dakloze tienermoeders leidt. Het aantal daklozen in Nederland is gestegen (Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen 19-12-2014). Ook het aantal zwerfjongeren dat een hulpaanbod vanuit de maatschappelijke opvang heeft ontvangen is gestegen (met 14%) (SZN, 16-12-2014). Het is niet bekend om hoeveel tienermoeders het hierbij gaat.

"Naast een afwijzing om het ontbreken van een indicatie wordt afgewezen omdat een cliënt geen regiobinding heeft, of niet aan de eisen rondom regiobinding voldoet (2 jaar ingeschreven staan)." (Leidinggevende, organisatie voor maatschappelijke- en vrouwenopvang)

7.3 Doelgroep

Opvangvoorzieningen hebben verschillende doelgroepen. De werkwijze van organisaties verschilt in type opvang, opleidingsniveau van begeleiding, in te zetten methodieken en borging van methodes. De meeste opvang is beschikbaar voor (aanstaande) jonge moeders met hun kind. In een aantal voorzieningen is gezinsopvang ook mogelijk, maar in de praktijk wordt hier weinig gebruik van gemaakt. Dit heeft mede te maken met eisen aan indicaties. In veel voorzieningen hebben beide ouders een verblijfsindicatie nodig om gebruik te maken van gezinsopvang, het komt niet vaak voor dat beide ouders een verblijfsindicatie hebben. In totaal werken negentien voorzieningen met een

indicatie, dat wil zeggen dat (aanstaande) tiener- en jonge moeders zonder indicatie niet opgevangen worden. Veertien organisaties bieden opvang zonder indicatie. Bijlage 2 geeft een overzicht van alle opvangvoorzieningen naar doelgroep en indicatie.
Twaalf voorzieningen hebben aanbod voor jonge moeders (of ouders) met een licht verstandelijke beperking, elf voorzieningen zijn bestemd voor jonge moeders zonder specifieke problemen, zeven voorzieningen zijn voor jonge moeders die slachtoffer zijn van huiselijk geweld. Overige voorzieningen zijn voor jonge moeders met ernstige gedragsproblemen of psychiatrische problematiek.

Aandachtspunten bij de ondersteuning aan tienermoeders
Organisaties omschrijven de situatie van tiener- en jonge moeders als multiproblem. Het zijn meiden die heel jong een kind krijgen, weinig/geen steun hebben uit het netwerk of een onveilig netwerk hebben en die vaak financiële problemen hebben. Organisatie merken dat de zwangerschap moeders met veel problemen motiveert om de problemen op te lossen. De zwangerschap biedt dus een kans om deze (aanstaande) moeders te benaderen.

> *"Jong zwanger worden hoeft geen probleem te zijn en is dan ook geen reden om in een opvang te komen." (Gedragskundige Vrouwenopvang)*

Door organisaties genoemde kenmerken van de (aanstaande) tiener- en jonge moeders zijn:
- Eigen ontwikkelingstaken puberteit of adolescentie combineren met taken van opvoeder.
- (Aanstaande) jonge moeders hebben een eigen problematiek zoals een hechtingsstoornis vanuit de eigen jeugd en/of er is sprake van trauma.
- Er is sprake van huiselijk geweld (heden, verleden) of risico van geweld in een afhankelijkheidsrelatie. Deze tienermoeders kunnen moeilijk inschatten wat veilig is en brengen daarmee hun kind in gevaar. De (aanstaande) tienermoeders weten niet wat een "gezonde" relatie is, geweld hebben zij vaak al meegemaakt in huiselijke sfeer, waardoor ze het normaal zijn gaan vinden.

Het netwerk van de (aanstaande) moeders is kwetsbaar en instabiel.
- De relatie met de vader van het kind is instabiel.
- Er zijn ernstige financiële problemen.
- Er is voortijdige uitval op school en (aanstaande) jonge moeders hebben geen werk.
- Er is een jeugdzorgverleden en/of sprake van een zwervend verleden.

(Aanstaande) tiener- en jonge moeders worden door opvangorganisaties gezien als een doelgroep met een aparte aanpak. Organisaties die naast (aanstaande) tiener- en jonge moeders ook reguliere vrouwenopvang of reguliere opvang aan licht verstandelijk beperkte ouders bieden, vinden dat de tiener- en jonge moeders/ouders aparte opvang en begeleiding nodig hebben.

> *"De doelgroep is een zeer kwetsbare doelgroep, vaak gaat het om meiden die weinig basis hebben; er is bijvoorbeeld vaak sprake van onvoldoende hechting aan de eigen ouders, veel problemen in de thuissituatie en vaak is er sprake van schooluitval van de jonge moeder." (Directrice, Vrouwenopvang)*

Speciale groepen
Binnen de groep (aanstaande) tienermoeders zijn enkele groepen te onderscheiden die specifieke aandacht nodig hebben:
- (Aanstaande) tienermoeders met LVB; zij hebben langdurig een vorm van begeleiding nodig. In reguliere opvang kunnen ze overvraagd worden.
- (Aanstaande) tienermoeders met ernstige gedragsproblemen.

- (Aanstaande) tienermoeders met ernstige psychische problemen.

Organisaties merken op dat tijdige signalering, toeleiding naar specialistische hulp of opvang van deze tienermoeders belangrijk is.

7.4 Begeleiding

Organisaties bieden per leeftijdsfase andere begeleiding en opvang. Tienermoeders onder de zestien jaar worden ambulant begeleid in het eigen netwerk, worden geplaatst in pleegzorg of worden op een gestructureerde leefgroep opgevangen. Jeugdzorgorganisaties zijn actief op zoek naar gezinshuizen. Deze zijn moeilijk te vinden voor tienermoeder en kind. Een plaatsing in een gezinsomgeving heeft de voorkeur boven plaatsing in een instelling (tenzij het aantoonbaar niet in het belang is van de tienermoeder en kind). Het gaat dan om pleegzorg, in netwerkpleeggezinnen, bestandspleeggezinnen en/of gezinshuizen. Plaatsing is gericht op de minderjarige moeder.

Tienermoeders vanaf 16 jaar worden vooral opgevangen in groepsopvang van jeugdzorgorganisaties. Op de groepen is veel aandacht voor structurering en het aanbieden van een pedagogisch leefklimaat. Begeleiding is minder gericht op zelfstandigheid dan bij meerderjarige moeders. Het perspectief van begeleiding is terugplaatsing in het netwerk of plaatsing in een beschermde of begeleide woonomgeving.

Tiener- en jonge moeders worden (veelal) opgevangen in groepsverband of begeleid wonen. Er zijn grote verschillen tussen de verschillende organisaties in de mate waarin zelfstandigheid en zelfredzaamheid gevraagd wordt. Uitval lijkt hoger in voorzieningen met groepsopvang dan in voorzieningen voor begeleid wonen.

"(Aanstaande) moeders in opvangvoorzieningen zijn vrijwel allen afkomstig uit kwetsbare situaties. Veel cliënten hebben een zwervend bestaan geleefd en in verschillende jeugdhulpverleningsinstellingen gewoond. Het zijn overlevers. Het zijn moeders die zelf niet veilig gehecht zijn. Ze hebben behoefte aan een luisterend oor en begeleiding die niet normatief is." (Leidinggevende, Jeugdhulpverleningsorganisatie)

"Opvang in een groepssituatie is niet altijd wenselijk. Sommige moeders raken door het groepsproces afgeleid en hebben te weinig de focus op zichzelf. In de opvang wordt fasegericht gewerkt. Er zijn moeders die terugvallen en een fase teruggeplaatst worden. Dit voelt als falen voor de moeder, en werkt demotiverend. Ook komt het voor dat moeders uitvallen doordat de veiligheid van het kind in het geding komt of de moeder zich niet aan de regels houdt. De moeders die uitvallen leven een zwervend bestaan, over hen zijn zorgen." (Leidinggevende, jeugdzorgorganisatie)

Organisaties zoeken naar passende vormen van opvang. Enkele jaren geleden was opvang in groepsverband de norm. Nu streven organisaties naar vormen van begeleid wonen met ambulante begeleiding. Er zijn verschillende gemeenten waarin gewerkt wordt met contingent-woningen (zoals Housing First) voor de (aanstaande) tiener- en jonge ouders met begeleidingscontracten. Voor veel organisaties heeft deze vorm van opvang de voorkeur. De (aanstaande) moeder leeft zo snel mogelijk een "normaal" leven. De begeleiding heeft een mate van dwang, doordat het gekoppeld is aan het begeleidingscontract.

Cliënttevredenheid

In vrijwel al opvangvoorzieningen wordt de cliënttevredenheid gemeten. Een onafhankelijke meting zoals de C-toets of de CQ-index zijn veel gebruikte methodes. Uitkomsten zijn veelal op het niveau van de hele organisatie en niet specifiek voor de opvangvoorziening.

Enkele organisaties besteden meer aandacht aan de meting van cliënttevredenheid. Hiervoor gebruiken ze bestaande of eigen ontwikkelde meetinstrumenten. Ook wordt de cliënttevredenheid bevraagd tijdens evaluatiemomenten van de begeleiding en in exitinterviews.

Ketensamenwerking
Opvangvoorzieningen werken samen in ketens en hebben samenwerkingsverbanden. Voorbeelden van samenwerking:

- Wende heeft een goede samenwerking met LVB- en GGZ-zorg (MEE en Topteam Parnassia, voor zorgmijders, aanmelding en consultvragen). Specialisten kijken mee in de begeleiding en geven tips en adviezen. Op die manier kan een tienermoeder met LVB of psychiatrische problematiek in de reguliere opvang verblijven, met voldoende specifieke ondersteuning;
- Dakloze gezinnen worden in Amsterdam besproken in de Teltafel (GGD). Alle aanmeldingen voor opvang komen centraal binnen bij een aanmeldpunt. De mogelijkheid van plaatsing in een crisisopvang of het netwerk wordt bekeken. Voor zwangere zwerfjongeren of jonge ouders met kinderen is dat vaak geen ideale verblijfplaats.

Ambulante nazorgtrajecten
Aan tien opvangvoorzieningen is een ambulant traject gekoppeld. In veel gevallen dient het als een nazorgtraject. Ambulante begeleiding wordt geboden in de regio van de opvangvoorziening. Enkele organisaties bieden een ambulant voortraject en een ambulant traject parallel aan opvang, bijvoorbeeld:

- Cardea biedt ambulante gezinsbegeleiding voorafgaand aan de plaatsing in de opvangvoorziening. Met deze begeleiding lukt het om het netwerk actief te betrekken bij de begeleiding. Soms is de intensieve ambulante begeleiding afdoende en kan zo plaatsing in de opvang worden voorkomen.
- Prokino heeft een strippenkaart; de jonge moeder kan na het afronden van de begeleiding met de strippenkaart nog begeleiding gebruiken, met als doel om terugval te voorkomen.
- Timon stelt een Terugval Preventieplan op met de jonge moeder en het netwerk, waarin allerlei afspraken worden vastgelegd voor een periode van drie jaar na het afronden van de begeleiding.

> *"Omdat ik studiefinanciering heb, dat is een lening en dus geen inkomen, kan ik geen huis huren, ook niet bij een particulier. Als de baby één jaar oud is kan ik een urgentie voor een huis aanvragen hier in Den Haag. Tot die tijd kunnen we in dit project wonen. Als moeder vind ik het belangrijk om snel een eigen huis te vinden en zelfstandig te wonen." (Focusgroep Den Haag)*

> *"In opzet is plaatsing maximaal een jaar mogelijk, maar de overgang naar de volgende fase stagneert. Er is behoefte aan ambulante hulp die een gezin langdurig kan begeleiden. Het tekort aan deze hulp belemmert de doorstroom in de opvang." (Begeleider Vrouwenopvang)*

Uitstroom
Alleen bij echte noodzaak zou er in een opvang verbleven moeten worden. Veel organisaties geven aan dat jonge moeders langer in de opvang verblijven dan nodig is. Er zijn belemmeringen bij de uitstroom en doorstroom.
Redenen hiervoor zijn:

- geschikte vervolghulp of betaalbare zelfstandige woonruimte met passende begeleiding is onvoldoende beschikbaar (met name in regio's met weinig voorzieningen voor tiener- of jonge moeders);
- minderjarige tienermoeders kunnen geen aanspraak maken op voorzieningen, zoals studiefinanciering en uitkeringen. Dit belemmert zelfstandig wonen en stimuleert verblijf in de opvang;
- Onveiligheid en ongeschiktheid van het eigen netwerk belemmert terugplaatsing in het eigen netwerk;

- voor sommige gezinnen met een tienermoeder/-vader (met zware problematiek zoals een verstandelijke beperking of psychiatrische problemen) is langdurig beschermd wonen nodig, nu is daar geen financiering voor. Het is nodig om langdurig ‘vinger aan de pols’ te houden.

Er zijn gemeenten waarin (aanstaande) tienermoeders aanspraak kunnen maken op contingent-woningen of Housing First, zoals in Rotterdam waarbij Timon een jaar lang gespecialiseerde begeleiding biedt. Als de begeleidingsdoelen na een jaar gehaald zijn, wordt het huurcontract een regulier contract en stopt de begeleiding.

7.5 Methode

Organisaties werken vanuit het competentiemodel, systeemgericht werken, contextuele-, interculturele-, krachtgerichte- of oplossingsgerichte benadering. Organisaties combineren allerlei modellen, methodieken en interventies in hun begeleidingsaanbod. De helft van de ingezette interventies zijn effectief bewezen of goed onderbouwd. Tabel 7.6 toont een opsomming van de interventies en methodes.
Verschillende organisaties hebben een methodiekbeschrijving. Er zijn nauwelijks begeleidingsprogramma’s beoordeeld op effectiviteit. Op dit moment lopen er onderzoeken naar de effectiviteit van Krachtwerk, Houvast, Veerkracht en Intermetzo. Nieuw is dat zorgprogramma’s in de effectiviteitsdatabank van het NJi kunnen worden opgenomen. Dit biedt kansen voor verdere toepassing van kwaliteitsborging van zorgprogramma’s specifiek voor tienermoeders.
Methodisch werken wordt geborgd in scholing en bijscholing. Vijftien organisaties bieden begeleiding onder verantwoording van een gedragsdeskundige. Begeleiding wordt, met enkele uitzonderingen, geboden door hbo-geschoold personeel.

De organisaties is gevraagd aan te geven welke eerste focus er is in de begeleiding. De meeste organisaties noemen gehechtheid en opvoeding. Ook wordt veiligheid meermalen genoemd. Een tweede focus is vaak het netwerk en een derde de zelfstandigheid of persoonlijke problematiek van de (aanstaande) jonge moeder.

Tabel 7.3: Methodes

Begeleidingsthema	**Methodiek**	**Aantal**	**Erkenning effectiviteit**
Algemene begeleidingsmethodes	Krachtwerk	3	
	Lima methodiek	2	
	Wrap Around Care-model	2	
	8-fasemodel	2	Movisie
	Vier Vensters	1	
	Domeinen van Shalock	1	
	Beschermjas	1	
	10 voor Toekomst	1	
	Wendewijze	1	
	Methodiek Houvast	1	
	Begeleid Ontwikkelend Leren	1	
Behoefte beoordeling	SIS (schaal intensiteit ondersteuningsbehoefte)	1	
	Kippimethode (vroegsignalering)	1	

Begeleidingsthema	Methodiek	Aantal	Erkenning effectiviteit
Sensitiviteit en gehechtheid (Video interactie methodes)	VIB of VHT	7	Goed onderbouwd/ NJi
	Moeder-baby (MBI)/ peuter interventie (MPI) (doorontwikkelde interventie)	1	Effectief volgens goede aanwijzingen/ NJi
	Video Interactie Begeleiding volgens Basic Trust methode	1	Goed onderbouwd/ NJi
	Video-hometraining/ Theraplay	1	
	Basic trust	1	Goed onderbouwd/ NJi
	Baby in beeld/ opvoeden in beeld	1	
	VIPP SD	1	Effectief volgens sterke aanwijzingen/ NJi
Opvoeding	Veerkracht	2	
	Intensieve Orthopedagogische Gezinsondersteuning	2	Goed onderbouwd/ NJi
	Signs of Safety	2	
	Babymassage	3	
	Kind veilig thuis (van Montfoort groep)	1	
	Triple P (gecertificeerde begeleiding niveau 4 en 5)beperking)	1	Goed onderbouwd/ NJi
	Opvoedingsspel	1	
	Gezinscoaching	1	
	Family first	1	Effectief volgens eerste aanwijzingen/ NJi
	Speltherapie	1	
	Systeemgerichte behandeling (FFT)	1	Goed onderbouwd/ NJi
Netwerk	Jeugdmethodiek	2	
	Systeemgesprekken	4	
	Netwerkberaad	5	
	Netwerkanalyse	1	
	Gezin Centraal	1	
	Familieopstellingen	1	
	Stay in Love	1	Movisie
	Samen geweldloos verder	1	
Groepstrainingen	Weerbaarheidstraining (verschillende)	10	
	Sociale vaardigheidstrainingen (onder andere SOFA)	10	
Individuele therapie	Agressietraining (verschillende)	1	
	CGT	1	
	EMDR	1	Goed onderbouwd/ NJi
	WSART	1	

Ondersteuningsthema's

Zoals in hoofdstuk 3, de methode, is beschreven, zijn er verschillende ondersteuningsthema's waar tienermoeders behoefte aan hebben, of die vanwege risicofactoren kunnen spelen. Vrijwel al het aanbod in de opvang heeft aandacht voor de ondersteuningsthema's van tienermoeders. De intensiteit en de wijze waarop er met de thema's wordt gewerkt verschilt. Ook zijn er verschillen in de resultaten die geboekt worden. Op welke wijze er aandacht is voor de ondersteuningsthema's wordt per thema toegelicht.

Hulp bij huisvesting

Alle organisaties bieden opvang en hebben aandacht voor hulp bij vervolg huisvesting. Organisaties verschillen van mening over wat goed voor de tienermoeder is. Zo zijn er organisaties waar de methode fasegericht wordt aangeboden en de jonge moeder in het eerste levensjaren van haar kind meermalen verhuisd. Ook zijn er organisaties die voor de (aanstaande jonge) moeder zo snel mogelijk een eigen woonruimte regelen, om verhuizingen - die als stressvol worden ervaren - zo veel mogelijk te voorkomen.
Er zijn twee opvangvoorzieningen die pas opvang aanbieden vanaf de bevalling (vanwege financiële redenen). In de laatste twee maanden van de zwangerschap woont de tiener op een andere plek dan waar zij met haar pasgeboren kind woont.

Hulp bij financiën

Er is bij alle organisaties hulp bij financiën. De begeleiding is gericht op het financieel zelfredzaam maken van de (aanstaande) jonge moeder. Waar dat niet haalbaar is, zorgen organisaties voor alternatieven, zoals bewindvoering en schuldhulpverlening. Er worden weinig methodieken ingezet bij de hulp bij financiën. Mogelijk is er een verbetering mogelijk in de werkwijze van begeleiding op dit thema.

Onderwijs

Organisaties hebben aandacht voor onderwijs. De combinatie ouderschap en onderwijs, werk of dagbesteding is een zware belasting voor (aanstaande) tienermoeders. Vaak is het 'alles of niets' bij dagbesteding; of een (aanstaande) tienermoeder heeft geen dagbesteding, of een (aanstaande) tienermoeder heeft zoveel taken en verantwoordelijkheden dat overvraging en uitval dreigt.

> *"Een startkwalificatie ontbreekt vaak. Het gaat om moeders met een laag opleidingsniveau. Vaak is er geen netwerk om op terug te vallen. Door het ontbreken van een startkwalificatie of door het lage opleidingsniveau zien de gezinnen vaak een leven in armoede tegemoet."*
> *(Beleidsmedewerker Federatie Opvang)*

Praktische steun met informatie en advies

Organisaties hebben aandacht voor persoonlijke praktische begeleiding. In bijna alle opvangvoorzieningen is er de mogelijkheid voor (aanstaande) jonge moeders om vragen te stellen aan begeleiders bij dagelijkse bezigheden. Er zijn inloopmogelijkheden en er zijn leefgroep-, of huiskamermomenten. Hiermee zorgen begeleiders voor een laagdrempelige en open sfeer, waarin de (aanstaande) jonge moeders vragen kunnen stellen.

Emotionele steun

Alle opvangvoorzieningen bieden individuele begeleidingsmomenten waar onder andere emotionele steun wordt gegeven.

Versterken sociaal netwerk
De meeste organisaties richten zich primair op de (aanstaande) jonge moeder. Verschillende organisaties geven aan zich te ontwikkelen in het betrekken van de vader. Hierin zijn grote verschillen tussen organisaties. In verschillende organisaties is het mogelijk om bezoek of een logé te ontvangen. In enkele organisaties kan tijdens de kraamperiode de moeder van de jonge moeder of de vader verblijven. Met name bij opvang in groepsopvang kan minder vaak bezoek ontvangen worden en bij veilige locaties (voor slachtoffers huiselijk geweld) is als aandachtspunt dat er geen bezoek ontvangen wordt.
Timon heeft als voorbeeld van het versterken van het netwerk het programma 'goede buren'. Een jonge moeder kan bij deze goede buren terecht met vragen en voor sociaal contact. Verschillende organisaties vinden dat werkwijzen voor het versterken van het sociaal netwerk verder (door)ontwikkeld kunnen worden.

Seksuele voorlichting en weerbaarheid
In veel organisaties is aandacht voor weerbaarheid. Ook is er aandacht voor seksuele voorlichting. Er wordt zowel individueel als in groepsverband gewerkt. Organisaties vinden deze (aanstaande) moeders seksueel kwetsbaar en merken op dat vaak voldoende kennis over seksualiteit, biologie en anticonceptie ontbreekt. De interventies zoals zijn beschreven in hoofdstuk 3, worden nauwelijks genoemd als middel voor seksuele voorlichting.

Versterken sensitieve responsiviteit
Het versterken van de gehechtheidsrelatie heeft bij veel organisaties de eerste focus in de methode. Methodieken die ingezet worden zijn (veelal) goed onderbouwd, één keer effectief volgens goede aanwijzingen en één keer effectief volgens sterke aanwijzingen. Effectieve methodes kunnen meer ingezet worden, zoals de VIPP-SD. Dit is de enige interventie die effectief is volgens sterke aanwijzingen in het vergroten van de sensitiviteit van moeders en daarmee in het verbeteren gehechtheidsrelatie en het verminderen van probleemgedrag bij kinderen.

Versterken opvoedvaardigheden
Organisaties hebben veel aandacht voor het versterken van opvoedvaardigheden. Waar sprake is van kindermishandeling worden specifieke methodes ingezet. Effectieve methodes kunnen meer ingezet worden: er zijn verschillende interventies goed onderbouwd of effectief bewezen dat die ingezet kunnen worden.

7.6 Zware belasting moederschap en onderwijs

Als opvallend punt kwam naar voren uit de focusgroepen en interviews, dat de combinatie ouderschap en onderwijs (of werk/dagbesteding) een zware belasting is voor (aanstaande) tienermoeders. Vaak is het "alles of niets" bij onderwijs; of een (aanstaande) tienermoeder volgt geen onderwijs, of een (aanstaande) tienermoeder heeft zoveel taken en verantwoordelijkheden dat overvraging en uitval dreigt.

> *"Onderwijs is niet afgestemd op moeders met kinderen. Als moeders naar school moeten, is dat vaak fulltime. Er is geen flexibiliteit in lesuren. Daarnaast moet er soms nog gewerkt worden. In het onderwijs lukt het niet om maatwerktrajecten aan te bieden. Moeders vallen uit doordat ze overvraagd worden." (Leidinggevende jeugdzorgorganisatie)*

Genoemde knelpunten zijn kinderopvang, stress, studieschuld en maatwerk. Kinderopvangkosten zijn hoog voor tienermoeders, ook als zij kinderopvangtoeslag krijgen. Hun inkomen is vaak erg laag (bijvoorbeeld een studielening). Als er schulden zijn, wordt kinderopvangtoeslag voor de

afbetaling ingehouden. De kosten maakt de drempel om naar school te gaan hoog. In veel gemeenten (er zijn uitzonderingen) is geen gesubsidieerde kinderopvang bij toeleiding naar onderwijs en werk (zoals vrijwilligerswerk). Als tienermoeders naar school gaan, brengt het lenen van studiefinanciering in korte tijd een hoge (studie)schuld. Met een baby zijn er meer kosten. Tienermoeders lenen dan ook meer geld. Daarbij geeft de zware belasting van opleiding en opvoeding stress. Dit kan leiden tot onveilige opvoedsituaties. Uit de focusgroepen kwam naar voren dat er behoefte is aan maatwerk gericht op het voorkomen van schooluitval bij zwangerschap en ouderschap. Hulpverlening, onderwijs en de gemeente kunnen in samenwerking maatwerk creëren voor opleidingsmogelijkheden. Aandachtspunten voor maatwerk zijn:

- Er zijn maar twee momenten om in te stromen bij een opleiding; in de tussentijd is er vaak geen dagbesteding.
- Onder de 18 jaar zijn er geen studiefinancierings- of uitkeringsmogelijkheden.
- Toelating tot een opleiding verschilt voor zwangere tieners of tienermoeders.

"Zorg voor alternatieve vormen van onderwijsprogramma's. Denk aan topsportprogramma's, waarin maatwerk geleverd wordt voor een combinatie tussen leren en sporten. Combineren van ouderschap met leren vraagt eenzelfde maatwerk (Beleidsmedewerker Federatie Opvang)"

"*Op de mbo-opleiding (ROC Mondriaan) wordt begeleiding gegeven aan jonge moeders. Er is een speciale moederklas. De jonge moeders ervaren dat er rekening gehouden wordt met hun moederschap. Op de hbo-opleiding wordt geen rekening gehouden met zwangerschap en moeder worden. Ook een jonge moeder moet voldoende studiepunten halen om naar het volgende jaar te kunnen. Meer begrip en begeleiding op het HBO zou fijn zijn." (Focusgroep (aanstaande) jonge moeders Den Haag)*

7.7 Decentralisaties jeugdzorg en AWBZ

Kansen

Sinds 2015 is de financiering voor zorg aan jeugdigen veranderd.
Gemeenten beleggen de taken voor opvoedingsondersteuning en jeugdhulp in wijkteams.
Verschillende organisaties zien verandering in het stelsel als een kans om geïntegreerde hulp te bieden aan (aanstaande) tienermoeders, kinderen, vaders en het netwerk. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor allerlei terreinen waar maatwerk nodig is, zoals: onderwijs, toegang tot werk en huisvesting of dagbesteding, kinderopvang, inkomen en schuldhulpverlening.
Ook biedt gebiedsgericht werken kansen voor het betrekken van het netwerk van de (aanstaande) tienermoeders en vaders. Bij plaatsing in een voorziening ver bij het netwerk vandaan (bijvoorbeeld bij landelijke opvanginstellingen) is het moeilijk om een netwerk in de begeleiding te betrekken. Vaak is het netwerk van de (aanstaande) tienermoeders niet stabiel genoeg en is plaatsing in een opvang nodig. Dit netwerk kan wel een belangrijke steunende functie hebben voor de (aanstaande) tienermoeder, vader en kind. Zowel tijdens de opvangperiode, maar ook daarna.
Uitzondering voor gebiedsgericht werken zijn:

- Huiselijk geweld, vanwege veiligheid
- Specialistische opvang, zoals bij ernstige gedragsproblematiek. Verblijf buiten de eigen regio kan een (aanstaande) moeder rust geven. Contact met het netwerk kan gefaseerd worden opgebouwd.
- Er zijn sterke eisen aan regiobinding bij toeleiding waardoor een groep (aanstaande) tienermoeders geen recht heeft op opvang (zoals zwerfjongeren).

Zorgen
Naast de kansen die gezien worden zijn er ook zorgen over de uitwerking van de stelselwijziging. Tijdens telefoongesprekken en de focusgroepen kwam naar voren dat er onrust en onduidelijkheid is over keuzebegeleiding, ambulante hulp en voor opvangorganisaties, over de regio's en samenwerking met andere organisaties. Budgetten vallen weg. Bestaande ketens vervallen en de nieuwe ketens moeten nog gevormd worden. Organisaties zijn bang dat noodzakelijke zorg aan kinderen (vooral bij LVB, psychische problemen, gedragsproblemen) wegvalt of verschraald. De afgelopen jaren is er geïnvesteerd in het verbeteren van de zorg aan kinderen en om de samenwerking te verbeteren tussen opvangvoorzieningen en Jeugdzorg. Organisaties maken zich zorgen dat expertise en specialismen niet beschikbaar zullen zijn in alle regio's. De figuren 7.2 t/m 7.4 met de spreiding van de opvang in Nederland, laten zien dat niet in alle regio's tieneropvang aanwezig is. Hoewel niet in elke gemeente deze tienermoederopvang voorhanden hoeft te zijn, is het wel belangrijk dat gemeenten goede zorg aan de meest kwetsbare tienermoeders borgen. Bovenregionale afspraken over deze specialistische hulp en opvang aan tienermoeders kan hiervoor een oplossing zijn.

Organisaties vinden het belangrijk dat het versterken van de gehechtheid en het bieden van opvoedingsondersteuning geïntegreerd in het hulpaanbod aan de (aanstaande) tienermoeder wordt geboden. Er zijn zorgen of de begeleiding vanuit de wijkteams voldoende intensief zal zijn voor de ondersteuning van tienermoeders.

Financiering
Organisaties geven aan dat bezuinigingen de opvang zwaar raken. Financieringsafspraken zijn niet dekkend. Veel organisaties krijgen op ten tijde van het onderzoek (2014) vanuit verschillende financieringsstromen betaald en/of krijgen betaald voor de zorg aan de (aanstaande) jonge moeder en het kind.
Voor veel organisaties is de AWBZ financiering in 2015 gestopt. Organisaties die tot en met 2014 werken met gecombineerde financiering geven aan dat er bijvoorbeeld wel afspraken gemaakt zijn voor het bieden van vrouwenopvang, maar niet voor AWBZ zorg. In de praktijk betekent het een korting op het budget. De AWBZ gelden worden ingezet om (aanstaande) tiener- en jonge moeders met psychische problemen of een licht verstandelijke beperking extra te ondersteunen, te begeleiden of te behandelen. Zonder die financiering hebben organisaties onvoldoende middelen om de moeders adequate begeleiding te bieden. Dergelijke wijzigingen in budgetten zijn er ook voor organisaties die gecombineerd gefinancierd zijn voor hulp aan kinderen en opvoeding.

Voorbeeld Safegroup: de overgang van de zorg is voor de tienermoederopvang nog niet op alle levensgebieden geborgd. Tot 2014 is de tienermoederopvang gefinancierd uit gecombineerde financiering, namelijk AWBZ, gemeentelijke vrouwenopvang gelden (centrum gemeente Breda) en provinciale Jeugdzorggelden Brabant. Vanaf 2015 is de subsidiënt de gemeente. Safegroup werkt in 18 gemeenten.

> "*Maatwerk kan geleverd worden doordat de financieringsvorm het toelaat. Financiering is er op moeder en kind. Een begeleiding ambulant kan intensief zijn en is niet gebonden aan een bed. (…) Ideale financiering is een basisbudget, waaruit het vaste personeel kan worden betaald. Niet aan individuele cliënten gekoppeld. Of er opvang wordt geboden, of ambulante begeleiding, maakt dan niet uit." (Leidinggevende jeugdzorginstelling)*

> *" Het is 'sprokkelen' om voldoende gefinancierd te krijgen; dit kost tijd en veel papierwerk. Financiering staat dus los van het ouderschap, terwijl de problematiek van een ouder met een beperking of psychiatrisch probleem anders is dan die van een iemand zonder kind(eren). Ideaal zou zijn als de hulp voor het gehele gezin in een pakket kan worden aangeboden." (Gedragskundige organisatie voor AWBZzorg)*

Deze hebben verschillende samenwerkingsafspraken op het gebied van vrouwenopvang, WMO en Jeugdzorg. Safegroup biedt geïntegreerde hulp aan moeder, kind en vader. Voor de verschillende onderdelen van de begeleiding zijn er verschillende gesprekspartners. Op het moment van de uitvoering van dit onderzoek (eind 2014) zijn er voor verschillende huidige financieringsstromen nog geen afspraken gemaakt voor 2015, of uitsluitend voor 1 jaar.

Niet alle tienermoeders hebben behoefte aan opvang, soms kan (intensieve) ambulante begeleiding passend zijn. Deze vorm van ambulante hulp vraagt specifieke kennis en vaardigheden die in een opvangvoorziening voorhanden is. Een opvangorganisatie die gebonden is aan een capaciteitgebonden financiering kan de begeleiding aan deze jonge moeder niet bieden, omdat er alleen financiering is bij opvang. Als de moeder wel behoefte heeft aan intensieve en gespecialiseerde begeleiding kan het zijn dat ze daarom toch opvangen wordt.
Volgens organisaties belemmert ook de wijze van financiering (in 2014) het bieden van geïntegreerde zorg in het netwerk,. Veel organisaties kregen opvang en begeleiding, gefinancierd op grondslag van de problematiek van de ouder. Er is dan geen financiering voor de zorg die het hele netwerk rondom een (aanstaande) tienermoeder en kind vaak nodig heeft, en voor de zorg voor het kind en de begeleiding bij de opvoeding en gehechtheid.

8. Lokaal aanbod in zes gemeenten

Om een beeld te krijgen van mogelijk lokaal aanbod, is in dit onderzoek bij een selectie van zes gemeenten het lokale aanbod geïnventariseerd. Hierbij is gekozen voor Den Haag, Utrecht, Maastricht, Deventer, Den Helder en Goeree-Overflakkee. Bij deze gemeenten is gevraagd naar het lokale aanbod bij de gemeente, het CJG, de GGD en BJz op het gebied van de onderzoeksvragen:

- voorlichting seksuele gezondheid;
- voorlichting voor (onbedoeld) zwangere tieners;
- ambulante hulp aan (aanstaande) tienermoeders (en –vaders);
- opvang voor tienermoeders.

Dit hoofdstuk beschrijft de samenvatting van het aanbod in de geselecteerde gemeenten. Dit geselecteerde aanbod geeft een beeld van mogelijk lokaal aanbod en biedt daarmee input voor andere gemeenten. Er zijn twee grote, twee middelgrote en twee kleine gemeenten geselecteerd. Hoofdstuk 3 geeft een onderbouwing van de keuze van gemeenten. De resultaten van de inventarisatie is te vinden in bijlage 3.

8.1 Grote gemeenten

Tabel 8.1: Vergelijking grote gemeenten

Gemeente	Den Haag	Utrecht
Aantal en percentage tienermoeders	Aantal tienermoeders : 128 Percentage : 0,2% (2014)	Aantal tienermoeders : 26 Percentage : 0,1% (2014)
Specifiek beleid	Ja	Ja
Specifiek aanbod	Ja	Ja
Opvallende punten	Beide grote gemeenten hebben specifiek beleid voor preventie, hulp en opvang tienermoeders	

In 2014 heeft gemeente Den Haag 510.909 inwoners, waaronder 128 tienermoeders. Dat is een percentage van 0,2% van het totaal aantal meiden onder de 20 (n= 57.410).
Gemeente Utrecht heeft 330.772 inwoners, onder wie 26 tienermoeders. Dat is een percentage van minder dan 0,1% van het totaal aantal meiden jonger dan 20 (n= 37.251).

Beleid
Beide gemeenten hebben specifiek beleid, gericht op preventie van, hulp aan, en opvang van tiener- en jonge moeders. Gemeente Den Haag heeft in vergelijking met Gemeente Utrecht beleidsmatig meer aandacht voor de doelgroep, dit uit zich onder andere in een aparte beleidsnota tienermoeders en in de korte lijn die de afdeling beleid heeft met het loket Jonge moeders en het structurele netwerkoverleg dat er is. Het beleid in Den Haag en Utrecht is gericht op tiener- en jonge moeders, en niet op tiener- en jonge vaders. Den Haag en Utrecht vervullen beiden een centrumgemeentefunctie voor de gemeenten in hun regio. Opvang is toegankelijk vanuit de regio. In de voorlichting over seksualiteit is er zowel aandacht voor tienerjongens en meisjes. Overige beleid is gericht op tienermeisjes en jong volwassen vrouwen. Uitzondering is de toolkit die de GGD in Den Haag ontwikkelt voor het voortgezet onderwijs en mbo. Doel van de toolkit is met jongens het gesprek aangaan over vaderschap.

Aanbod preventie
Beide gemeenten bieden een aantal voorlichtingsinterventies op voorlichting op het gebied van seksuele gezondheid. Omdat het bereik van de interventies onduidelijk is, kan er geen conclusie worden getrokken over de effectiviteit het effect van de voorlichting op het aantal tienerzwangerschappen.

Specifiek hulpaanbod voor tienermoeders
Aansluitend op het beleid hebben beide gemeenten specifiek aanbod voor tienermoeders en algemeen aanbod op het gebied van opgroeien. In onderstaande tabel wordt het specifieke aanbod gericht op de tienermoeders samengevat. Het totaaloverzicht van alle interventies waar tienermoeders gebruik van kunnen maken, is opgenomen in bijlage 3. Veel aanbod van ondersteuning, hulp en opvang dat beschikbaar is, is voor een bredere doelgroep toegankelijk dan (aanstaande) tienermoeders en wordt in dit schema niet genoemd. In bijlage 3 is dit aanbod terug te vinden.

Tabel 8.2: Specifiek aanbod voor tienermoeders, grote gemeenten

Den Haag	**Utrecht**
Voorlichting (ongewenste) zwangerschap: • Jonge Moeder Loket; keuzevoorlichting en begeleiding	
Ambulante hulp aan tienermoeders: • Fiom Den Haag Grootstedelijk: begeleiding tijdens zwangerschap en moederschap, begeleiding bij (abortus)verwerking en nazorg voor 18-23 jarigen; • Jonge Moeder Loket; praktische ondersteuning (zoals huisvesting), financiële ondersteuning en sociale ondersteuning, lotgenotencontact; • Traject jonge studerende moeders van ROC Mondriaan.	*Ambulante hulp aan tienermoeders:* • Timon Gespreksgroep jonge moeders; • U Centraal (Fiom grootstedelijk Utrecht): ambulante begeleiding tienermoeders.
Opvang tiener/ jonge moeders: • Zij aan Zij voor (aanstaande) tiener- en jonge moeders met LVB-problematiek (Leger des Heils); • De Haven (Stichting Wende, samenwerking Stichting Jeugdformaat, samenwerking stopt per 1 januari 2015). • Project Jong Escamp; huisvesting met ambulante begeleiding door CJG gezinscoach.	*Opvang tiener/ jonge moeders:* • Timon Crisisopvang, groepsopvang, begeleid wonen • Lijn 5, begeleid wonen jonge ouders met licht verstandelijke beperking • Leger des Heils (Amersfoort, werkgebied provincie Utrecht) groepsopvang (licht) verstandelijke beperking jonge moeders (vanaf 2015 niet meer in Provincie Utrecht) • Moviera (huiselijk geweld) begeleid wonen en groepsopvang jonge moeders • Kwintes (Provincie Utrecht) groepsopvang, samenwerking Youke en beschermd wonen langdurig jonge moeders (Provincie Utrecht, landelijke functie)

Overeenkomsten
- In beide gemeenten is specifieke voorlichting, begeleiding en opvang. Daarentegen is er geen specifiek voorlichtingsaanbod beschikbaar voor tienermoeders.

- Voorlichting aan (ongewenst) zwangere tieners is er vanuit algemeen aanbod; de grootstedelijke Fioms, Siriz en de abortusklinieken. In Den Haag is er daarbij ook specifiek aanbod van het Jonge Moeder Loket.
- Ambulante hulp specifiek aan (aanstaande) tienermoeders is er vanuit de grootstedelijke Fioms. In Utrecht is er daarnaast een gespreksgroep voor jonge moeder. In Den Haag is het aanbod uitgebreider, vanuit het Loket Jonge Moeders en het ROC. Er is ook algemeen toegankelijk aanbod van ambulante ondersteuning in beide gemeenten.
- In beide gemeenten is opvang voor zowel minder- als meerderjarige (aanstaande) moeders. Er zijn verschillende typen opvang; begeleid wonen en groepsopvang. In beide gemeenten is een opvangvoorziening met een samenwerking met een organisatie voor jeugd- en opvoedhulp. Opvang is toegankelijk vanuit de regio (centrumgemeenten).

Opvallende verschillen

- Het aantal tienermoeders in Den Haag is aanzienlijk hoger dan in Utrecht. De inzet van de gemeente is daar duidelijk op aangepast met een uitgebreidere inzet.
- Er is meer algemeen en specifiek ambulant aanbod in Den Haag beschikbaar dan in Utrecht.
- Den Haag heeft een structureel netwerkoverleg op het gebied van tienermoeders, waarin zowel aandacht is voor beleid als voor casuïstiek. In Utrecht bestaat een soortgelijk overleg niet. Bovendien heeft Den Haag het Loket Jonge Moeders: één toegang waar jonge moeders terecht kunnen voor laagdrempelige ondersteuning, signalering en verwijzing. Dit loket organiseert ook lotgenoten- en maatjescontact. In Utrecht is er geen vergelijkbaar aanbod en worden verwijzing en signalering vanuit de reguliere instellingen geboden. Wel is er een lotgenotengroep in Utrecht.
- In Utrecht is er een babyprotocol vanuit de LVB-zorgketen. Kwetsbare tiener- en jonge moeders worden dankzij dit protocol gesignaleerd en voorzien van ondersteuning.
- Opvallend is dat er in (regio) Utrecht meer opvangplekken zijn, hoewel daar minder tienermoeders wonen. Ook valt op dat opvang in Utrecht aangeboden wordt in de vorm van begeleid wonen. In Den Haag ligt de nadruk op groepsopvang.

8.2 Middelgrote gemeenten

Tabel 8.3: Vergelijking middelgrote gemeenten

Gemeente	**Maastricht**	**Deventer**
Aantal en percentage tienermoeders	Aantal tienermoeders: 34 percentage: 0,3% (2014)	Aantal tienermoeders: 17 Percentage: 0,1%
Specifiek beleid	Nee	Nee
Algemeen aanbod met aandachtspunten	Ja	Ja

Maastricht heeft 121.906 inwoners, waaronder 34 tienermoeders. Dat is een percentage van 0,3% van het totaal aantal meiden onder de 20 (n=11.040).
Deventer heeft 98.510 inwoners. Ondanks het lagere totale inwonertal, is het aantal meiden onder de 20 in Deventer (n=11.460) iets groter dan in Maastricht. Het aantal tienermoeders is wel lager, namelijk 17 en dat is 0,1% van het totaal.

Beleid

In Deventer is er geen specifiek beleid voor tienermoeders. Ook in Maastricht is geen apart beleid gericht op deze doelgroep. Wel wordt specifiek hulpaanbod door de gemeenten ingekocht voor de doelgroep en zijn er gemeentelijke afspraken over signering en toeleiding van (aanstaande) tienermoeders naar hulp en opvang.

Voorlichting seksuele gezondheid
Deventer gebruikt een aantal voorlichtingsinterventies op het gebied van seksuele gezondheid. Maastricht heeft een Sense-spreekuur.

Specifiek hulpaanbod voor tienermoeders
Beide gemeenten hebben een specifiek aanbod voor tienermoeders. In onderstaande tabel wordt het specifieke aanbod gericht op de doelgroep tienermoeders samengevat.

Tabel 8.4: Specifiek hulpaanbod voor tienermoeders, middelgrote gemeenten

Maastricht	**Deventer**
Ambulante hulp aan tienermoeders: • Trajekt (welzijnsorganisatie): Project Jonge Moeders • Xonar (amb begeleiding tienermoeders tot 18 jr)	*Ambulante hulp aan tienermoeders:* • Verloskundigenpraktijk (specifiek voorlichtingsprogramma voor tienermoeders) • Rastergroep (Jonge moedergroep)
Opvang aan tiener- en jonge moeders: • Xonar: gecombineerde opvang (huiselijk geweld en tienermoeders, begeleid wonen en pleegzorg.	*Opvang aan tiener- en jonge moeders:* • Pactum (Ambulante nazorgbegeleiding en begeleid wonen). Afspraken met woningbouwcorporatie met betrekking tot contingentwoningen voor tienermoeders

Overeenkomsten
Ondanks het hoge aantal tienermoeders in Maastricht in vergelijking met Deventer is het aanbod in beide gemeenten vergelijkbaar. Beide gemeenten hebben een algemeen aanbod vanuit de reguliere ondersteuning, met extra aandacht voor deze doelgroep. Er wordt daarbij veel aandacht besteed aan het voorliggend veld (lichte eerstelijns hulp en begeleiding). Zo nodig wordt aanvullende ondersteuning geboden.
Beide gemeenten hebben een jonge moeder-groep. Interventies als VoorZorg of Stevig Ouderschap, waarin tienermoederschap als inclusiecriterium wordt benoemd, worden niet ingezet.

Verschillen
Een opvallend verschil is dat de jonge moeders in Maastricht intensievere begeleiding krijgen dan in Deventer in de opvang. In beide gemeenten wordt opvang geboden vanuit een jeugdzorginstelling. Verder heeft Maastricht opvang in pleegzorg voor tienermoeders (16-) en kind.

8.3 Kleine gemeenten

Tabel 8.5: Vergelijking kleine gemeenten

Gemeente	**Den Helder**	**Goeree Overflakkee**
Aantal en percentage tienermoeders	19	6
Specifiek beleid	Nee	Nee
Specifiek aanbod	Nee	Nee
Algemeen aanbod met aandachtspunten	Ja	Ja
Opvallende punten	Gebrek aan continuïteit: er worden eenmalige initiatieven genomen, waarna een interventie weer verdwijnt	Inzet verloskundigen in preventieve voorlichting Maatwerk voor tienermoeders met ondersteuningsvraag

Den Helder heeft 56.707 inwoners en 19 tienermoeders. Dat is een percentage tienermoeders van ruim 0,3% van het totaal aantal meiden jonger dan 20 jaar (n=5.732).
Goeree-Overflakkee heeft 48.223 inwoners, en 5.541 meiden jonger dan 20 jaar. In 2014 waren er 6 tienermoeders, dat is 0,1% van het totaal aantal meiden onder de 20 jaar.

Beleid
Beide gemeenten hebben geen specifiek beleid voor tienermoeders. Beide gemeenten geven aan dat alle tienermoeders in beeld zijn. Het verschilt of de tienermoeders in beeld zijn bij de gemeenten en of er maatwerk geboden wordt in algemeen hulpaanbod.

Specifiek hulpaanbod voor tienermoeders
In beide gemeenten is geen specifiek aanbod voor tienermoeders.

Overeenkomsten en verschillen
- Het aanbod voor tienermoeders is in beide gemeenten vormgegeven via een algemeen aanbod met aandachtspunten voor deze doelgroep. Zo wordt in Den Helder tienermoederschap aangevlogen als armoede- en huisvestingsprobleem. Hierbij wordt niet zozeer het tienermoederschap, als wel het gebrek aan inkomen, opleiding en huisvesting als probleem benoemd in Den Helder.
- De benodigde ondersteuning wordt veelal op basis van maatwerk via het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) geboden. Het verschil tussen beide CJG's is dat op Goeree-Overflakkee het CJG valt onder de CJG-organisatie van de regio Rotterdam Rijnmond. Hoewel het een kleinschalig CJG betreft, kan het wel gebruikmaken van deskundigheid en andere voordelen van een grote organisatie. De gemeente Den Helder is zelf centrumgemeente en heeft een minimale CJG-organisatie opgezet met weinig slagkracht.
- Op Goeree-Overflakkee worden daarnaast verloskundigen ingezet in preventieve voorlichting over zwangerschap in het voortgezet onderwijs en voor preventieve huisbezoeken aan zwangere tieners.
- In beide gemeenten is geen officiële opvang voor tienermoeders. Op Goeree-Overflakkee zijn positieve ervaringen met de opvang van tienermoeders in het eigen netwerk. In Den Helder worden tienermoeders ook veel in het eigen netwerk opgevangen, maar is de ervaring dat hier uiteindelijk toch vaak problemen ontstaan. Mogelijk is armoede hiervan een belangrijke oorzaak: als (schoon)ouders een tienermoeder in huis nemen, kan er gekort worden op de uitkering van tienermoeder of (schoon)ouder(s).
- In Den Helder wordt aangegeven dat het belangrijkste struikelblok voor tienermoederinterventies het gebrek aan continuïteit is. Er worden eenmalige initiatieven genomen, waarna een interventie weer verdwijnt.

8.4 Vergelijking beleid en aanbod in grote, middelgrote en kleine gemeenten

Het maakt uit of een tiener in een kleine of een grote gemeente zwanger wordt. Aanbod van preventie, hulp en opvang verschilt sterk voor tienermoeders in gemeenten.
Het grote voordeel van kleine gemeenten is dat het voor hen mogelijk is alle tienermoeders in beeld te hebben, en maatwerk te leveren. Daartegenover staat dat zij niet dezelfde middelen hebben als grotere gemeenten, om ondersteuning te bieden en er niet altijd specifieke expertise is op ondersteuningsthema's. Veelal zijn kleinere gemeenten daarvoor aangewezen op de grotere gemeenten in hun omgeving. Den Helder is als relatief kleine gemeenten echter zelf centrumgemeente en moet de opvangfunctie verzorgen voor gemeenten in de regio.

De mate waarin gemeenten specifiek beleid voeren voor de tienermoeders, verschilt. In deze vergelijking zijn het alleen de grote gemeenten (Utrecht en Den Haag) die expliciet tienermoederbeleid voeren. In middelgrote en kleine gemeenten wordt ondersteuning voor de doelgroep tienermoeders beschreven in het Jeugdbeleid, algemeen Sociaal Beleid of het beleid ten aanzien van de vrouwenopvang. Gemeenten hebben niet tot nauwelijks oog voor tienervaders.

Interventies
In middelgrote gemeenten zijn, ondanks de afwezigheid van specifiek beleid, meerdere doelgroepspecifieke interventies. De kleine gemeenten kennen deze doelgroepspecifieke interventies niet. De mate waarin en de manier waarop in kleine gemeenten de doelgroep tienermoeders met algemene interventies wordt geholpen, verschilt. In Goeree-Overflakkee is sprake van maatwerk. In Den Helder is erg weinig aandacht voor tienermoeders op zowel beleids- als uitvoeringsniveau.
De grote gemeenten zetten naast specifieke tienermoederinterventies ook algemene interventies in voor de doelgroep tienermoeders waarvan gebleken is dat zij effectieve elementen bevatten voor deze doelgroep (bijvoorbeeld een prenatale start, gericht op sociale steun en sensitiviteit en de inzet van huisbezoeken). Gemeenten kunnen preventieve voorlichting effectiever inzetten als instrument om tienerzwangerschappen te voorkomen. Niet alle gemeenten maken gebruik van generieke interventies als Stevig Ouderschap, MIM, Voorzorg en Home Start, die voor tienermoeders bewezen effectieve elementen bevatten. Deze interventies worden vooral door grote gemeenten ingezet.

Grote gemeenten vervullen een centrumgemeentefunctie voor de gemeenten in hun regio. Bij het opzetten van het aanbod voor tienermoeders moeten grote gemeenten hier rekening mee houden. Kleine gemeenten hebben vaak niet de mogelijkheid om zelf uitgebreide voorzieningen op te zetten. Het is dus belangrijk dat centrumgemeenten in gesprek gaan met hun regiogemeenten om in samenspraak het aanbod vorm te geven.

Specifiek hulpaanbod
Grote en middelgrote gemeenten hebben een sterke keten ontwikkeld rond de doelgroep tienermoeders. De keten is geborgd in de aanpak van kwetsbare doelgroepen. In 2015 vallen verschillende samenwerkingsafspraken in deze ketens weg door de stelselwijziging.

In de meeste gemeenten ligt de nadruk op het bieden van lichte ondersteuning. Pas als blijkt dat er meer hulp nodig is, wordt intensieve begeleiding ingezet. Veel tienermoeders kunnen na tijdelijke ondersteuning zelfstandig verder. Voor enkele subgroepen geldt dit niet. Gemeenten benoemen expliciet de wens om tienermoeders met een licht verstandelijke beperking langdurig te begeleiden. Financiële middelen hiervoor ontbreken echter.

Veel tienermoeders hebben met name een huisvestingsvraag. Enkele gemeenten voeren daarom een geïntegreerd beleid voor de doelgroepen jonge moeders en zwerfjongeren. Het oormerken van contingentwoningen (Housing First) voor deze doelgroepen in overleg met woningbouwcorporaties is een belangrijk aspect van dit beleid. Met name kleine gemeenten sturen aan op opvang in het eigen netwerk. Aandacht voor alle voor tienermoeders relevante ondersteuningsthema’s blijft raadzaam. Het gaat dan niet alleen om aandacht voor huisvesting, financiën, onderwijs en werk en praktische steun, maar ook om emotionele ondersteuning, versterking van het sociaal netwerk, seksuele voorlichting en weerbaarheid, versterking van sensitieve responsiviteit (gehechtheidsrelatie) en versterking van opvoedingsvaardigheden.

Een integrale aanpak voor tienermoeders vereist ook het betrekken van de Sociale Diensten en het onderwijs voor het bieden van maatwerk. Alleen in Gemeente Den Haag zijn afspraken met het onderwijs gemaakt. Voor gemeenten is een belangrijk aandachtspunt om afspraken te maken met het onderwijs en de Sociale Diensten om zo tienermoeders in staat te stellen om hun startkwalificatie te behalen.

9. Conclusies

Dit hoofdstuk beschrijft de uitkomsten van een analyse van de inventarisatie en geeft conclusies over het aanbod. Conclusies over de doelgroep en over de onderzoeksvragen worden gevolgd door een tweetal overstijgende bevindingen. Uitgelicht wordt wat goed gaat en wat aandachtspunten zijn.

9.1 Doelgroep tienermoeders

In Nederland worden relatief weinig tieners zwanger. Omdat een zwangerschap afbreken of tienerouder worden ingrijpende gebeurtenissen zijn en meer risico op verdere problematiek geven, is het belangrijk om in te blijven zetten op preventie, voorlichting en hulp bij onbedoelde tienerzwangerschap. Een deel van de tieners die onbedoeld zwanger raken, zal hulp of opvang nodig hebben in verband met alle veranderingen door de komst van de baby. Bepaalde groepen tieners lopen meer risico op tienermoederschap, zoals tieners met een Surinaamse of Antilliaanse achtergrond. Ook tieners uit kwetsbare situaties, zoals tieners uit multi-probleemgezinnen, minder weerbare tieners, vluchtelingen en tieners met een licht verstandelijke beperking lopen meer risico.

Interventies richten zich vooral op de gecombineerde doelgroep van tienermoeders (tot 20 jaar) en jonge moeders (van 20 tot 23 jaar). Gezamenlijk is dit een grotere doelgroep dan alleen tienermoeders, waardoor er ook meer hulp en opvang beschikbaar is. Er zijn veel overeenkomsten tussen tienermoeders en jonge moeders in ondersteuningsbehoefte, maar er zijn ook verschillen. Het is onduidelijk of bij ambulante hulp en opvang voldoende rekening wordt gehouden met specifieke aandachtspunten voor de tieners, bijvoorbeeld het gebruik van huisbezoek, prenatale inzet van interventies, het behalen van een startkwalificatie, financiën, en de dubbele ontwikkelrol van tiener en ouderschap. Verder onderzoek kan uitwijzen waarin specifieke ondersteuningsthema's voor tienermoeders zich onderscheiden van het bredere aanbod voor jonge moeders.

Wat gaat goed:

- Vergeleken met andere Europese landen is het aantal tienerzwangerschappen in Nederland laag en zijn er relatief weinig tienermoeders. In de afgelopen jaren is er sprake van een dalende trend.

Aandachtspunt:

- Tienermoeders hebben, vergeleken met jonge moeders, een eigen problematiek. Of de beschikbare ambulante hulp en opvang hier in voldoende mate op inspeelt, is onduidelijk en vergt meer onderzoek.

9.2 Voorlichting seksuele gezondheid

Uit de inventarisatie van de onderzoeksvraag naar het landelijk beschikbare aanbod voorlichting seksuele gezondheid komt naar voren dat er 16 preventieve interventies landelijk beschikbaar zijn. Deze interventies zijn beschreven, overdraagbaar, en richten zich op algemene seksuele gezondheid, weerbaarheid en relaties. Er is weinig bekend over het bereik en de effectiviteit van deze preventieve interventies. Om dit te onderzoeken zijn niet of nauwelijks middelen beschikbaar, waardoor niet bepaald kan worden of de interventies effectief zijn. Monitoring van het bereik en de effectiviteit van deze interventies kan aantonen of de interventies effectief zijn.
Om het aantal onbedoelde tienerzwangerschappen te reduceren is specifieke beleidsaandacht (beleidsthema reduceren gezondheidsachterstanden) nodig voor de hoog-risicogroepen, waaronder nieuwkomers en vluchtelingen, meiden uit de gesloten jeugdzorg, meiden met een licht verstandelijke

beperking (LVB), meiden met een Surinaamse of Antilliaanse achtergrond. Deze doelgroepen worden niet altijd bereikt met preventieve voorlichting, en deze doelgroepen vragen hun eigen afgestemde benadering. Zo is er bijvoorbeeld wel specifiek materiaal voor Antilliaanse en sub-sahara tieners en voorlichtingsmateriaal voor jongeren met LVB. Voor andere groepen, zoals (minderjarige) nieuwkomers en vluchtelingen, is er nog geen specifiek of actueel materiaal. Onderzoek toont aan dat (minderjarige) nieuwkomers en vluchtelingen ruim acht keer vaker tienermoeder worden dan het Nederlandse gemiddelde.

Preventieve voorlichtingsinterventies kunnen nog meer door tienermoederorganisaties en in tienermoederketens worden gebruikt. Bij instellingen voor tienermoeders zijn de specifieke doelgroepen in de regio in beeld. Deze instellingen worden nog weinig actief betrokken bij preventieve activiteiten, waardoor hun kennis over de vindplaats voor specifieke doelgroepen onvoldoende wordt benut. Daarnaast worden de preventieve interventies zelden bij deze tienermoederinstellingen ingezet.

Wat gaat goed:

- Er is een landelijk (beschreven en overdraagbaar) aanbod beschikbaar dat zich richt op algemene seksuele gezondheid, weerbaarheid en relaties.
- Voor bepaalde risicogroepen is specifiek materiaal beschikbaar, zoals tieners met LVB en tieners met een Antilliaanse en sub-sahara achtergrond.

Aandachtspunten:

- Bereik en effectiviteit van deze preventieve interventies zijn onbekend. Middelen om hier onderzoek naar te doen ontbreken.
- Er is geen specifiek of actueel voorlichtingsmateriaal beschikbaar voor sommige hoog-risicogroepen. Actueel en doelgroepspecifiek voorlichtingsmateriaal (bijvoorbeeld foldermateriaal, websites, filmmateriaal) gericht op deze groepen kan helpen bij het verder terugdringen van tienerzwangerschappen.
- Er is nog weinig verbinding tussen preventieve activiteiten en organisaties die tienermoeders begeleiden en opvangen.

9.3 Voorlichting aan (onbedoeld) zwangere tieners

De onderzoeksvraag naar het landelijk beschikbare aanbod voorlichting aan (onbedoeld) zwangere tieners brengt naar voren dat bij professionals de bekendheid van landelijk aanbod keuzebegeleiding beter kan. Gemeenten kunnen hun rol pakken door de beschikbaarheid van dit aanbod lokaal of, zo nodig, bovenregionaal te borgen. Keuzebegeleiding bij onbedoelde zwangerschap vraagt specifieke expertise en moet op zeer korte termijn beschikbaar zijn. De specifieke expertise betreft onder andere de kennis over de mogelijkheden en sociale kaart, houding, de onafhankelijkheid van de professional, en de vaardigheden om het proces te begeleiden voor het maken van een overwogen keuze in korte tijd. Snelheid is geboden, want hoe langer er wordt gewacht, des te zwaarder de ingreep, of de ingreep is niet meer mogelijk. Voor tieners specifiek geldt dat reizen voor een besluitvormingsgesprek een hoge drempel is (kwetsbare doelgroep, minder mobiel, weinig financiën), wat vertragend kan werken. Outreachende of lokaal toegankelijke expertise helpt om onbedoeld zwangere tieners te bereiken bij het begeleiden van hun keuze. Onderzoek kan uitwijzen of de expertise van keuzevoorlichting en/of keuzebegeleiding ook geborgd kan worden in de wijkteams, of dat dit specifieke expertise is die bovenregionaal moet worden belegd. Omdat keuzebegeleiding specifieke expertise vraagt is het, met de decentralisatie van de taken, van belang om de deskundigheid van professionals te bevorderen. Gemeenten kunnen daarmee snelle, laagdrempelige, onafhankelijke en

deskundige keuzebegeleiding worden versterken.
Naast de behoefte aan deskundige keuzebegeleiding, geven tienermoeders aan dat zij behoefte hebben aan ervaringsdeskundigheid tijdens het besluitvormingsproces, dit kan bijvoorbeeld in de vorm van online beschikbare video-interviews.

Voorkomen (herhaalde) abortus
Onbedoelde zwangerschap is zowel fysiek als psychologisch belastend voor de tiener. Van de tieners die zwanger werden, koos 65% in 2013 voor abortus. Opvallend is dat 35% van het totaal aan vrouwen dat in 2013 een abortus onderging, al eerder een abortus had gehad (vooral leeftijdsgroep 20-23 jaar). Deels worden onbedoelde zwangerschappen veroorzaakt door foutief anticonceptiegebruik. Abortusklinieken werken volgens richtlijnen en besteden zowel tijdens de intake, als bij de nacontrole aandacht aan voorlichting over anticonceptiegebruik, ter preventie van herhaalde abortus.
Tieners kunnen moeilijk risico’s inschatten en hebben minder zelfreflectie dan volwassenen. Meer begeleiding bij het gebruik van anticonceptie kan tieners - in deze periode van seksuele ontwikkeling-helpen bij het juiste gebruik van anticonceptie. Verder onderzoek naar de mogelijkheden van anticonceptiebegeleiding met tienerspecifieke aandachtspunten kan bijdragen om onbedoelde (herhaalde) zwangerschap bij tieners verder terug te dringen.
Aandachtspunten die zijn benoemd door professionals en jonge moeders: wensen en mogelijkheden voor kosteloze langdurige anticonceptie, outreachende anticonceptiecounseling bij risicogroepen, online begeleiding en aanvulling op de richtlijnen voor huisartsen over anticonceptiebegeleiding bij tieners (huisartsenstandaard, NHG).

Wat gaat goed:
- Er is een goed landelijk aanbod keuzebegeleiding bij onbedoelde zwangerschap, waarbinnen de specifieke expertise die deze begeleiding vraagt aanwezig is.
- Abortusklinieken werken volgens richtlijnen en geven keuzevoorlichting en voorlichting over anticonceptiegebruik.

Aandachtspunten:
- De bekendheid van de landelijke beschikbare expertise bij (lokale) professionals kan beter.
- Bij lokale borging van keuzebegeleiding in de nu ontstane zorgstructuur (wijkteams), is deskundigheidsbevordering van professionals van belang om te zorgen voor de benodigde specifieke expertise.
- Tienermoeders hebben behoefte aan het inzetten van ervaringsdeskundigheid bij keuzebegeleiding.
- Om het aantal (herhaalde) abortussen bij tieners en jonge vrouwen terug te dringen, is meer aandacht voor anticonceptievoorlichting- en begeleiding nodig.

9.4 Ambulante hulp aan tienermoeders

Het onderzoek naar het landelijk beschikbare aanbod van ambulante hulp aan tienermoeders brengt naar voren dat er wel ambulante hulp beschikbaar is voor (aanstaande) tienermoeders, maar dat zowel voor tieners als voor professionals het niet altijd duidelijk is bij wie je waarvoor terecht kunt. De algemene ambulante hulp is met name lokaal georganiseerd. Daarnaast kan er gebruik worden gemaakt van specifieke landelijke of lokale ambulante hulp. Zowel het aanbod als de bekendheid met het lokale en regionale aanbod ambulante hulp voor tienermoeders moet worden versterkt.
Over het bereik van tienermoeders zijn bij instellingen onvoldoende gegevens bekend om te concluderen of het huidige aanbod volstaat. Gemeenten kunnen hun rol hierin versterken door in

beeld te brengen hoeveel tienermoeders zij bereiken met hun lokale instrumentarium. Als handvat voor gemeenten biedt een regionale studie in Zuid-Holland Zuid de voorzichtige indicatie dat 40% van de tienermoeders vragen op drie gebieden of meer heeft, 40% af en toe vragen heeft over de opvoeding en 30% behoefte heeft aan hulp bij het vinden van huisvesting.

Interventies
Een klein deel van de interventies uit de databank van het NJi op het gebied van opvoedondersteuning, heeft meerdere elementen in zich die volgens onderzoek succesvol zijn bij tienermoeders. Zo zijn VoorZorg en Stevig Ouderschap de enige interventies die al prenataal ingezet worden. Na de prenatale start zijn de interventies VIPP-SD, Home-start, Ouder-baby interventie en (Kortdurende) Video Hometraining geschikt om in te zetten. Deze interventies zijn voor verschillende ‘risicogroepen’ geschikt en passen daardoor goed in het basisaanbod van gemeenten. Vervolgonderzoek kan uitwijzen of de effectieve interventies specifiek geschikt zijn voor tienermoeders of dat er aanvullende aandachtspunten nodig zijn.

Kwaliteit
Voor professionals uit de reguliere ambulante hulpverlening is het relatief onbekend welke ondersteuningsthema’s belangrijk zijn bij tienermoeders, en welke interventies daarbij passen. Ook is vaak onduidelijk wanneer specialistische expertise (bijvoorbeeld uit de opvang) nodig is en wanneer generalistische expertise volstaat.
Er zijn goede lokale initiatieven voor ambulante hulp aan zwangere tieners en tienermoeders, zoals het Jonge Moeder Loket in Den Haag. Ook zijn er goede voorbeelden waarbij de expertise uit de opvang wordt ingezet in ambulante nazorgtrajecten voor tienermoeders.

Door inspirerende voorbeelden en de expertise uit de opvang landelijk te delen, kunnen instellingen en gemeenten de kwaliteit van hun ambulante hulpverlening vergroten. Dit kan bijvoorbeeld door middel van een kennisdossier met gespreksrichtlijnen, ketenvoorbeelden, kwaliteitsrichtlijnen en in te zetten (algemene) effectieve interventies. En door lokale good practices te onderbouwen en te beschrijven.

Wat gaat goed:
- Voor (aanstaande) tienermoeders is er ambulante hulp beschikbaar. Er is een landelijk aanbod, maar daarnaast wordt ook op lokaal niveau reguliere ambulante hulp aangeboden. Soms wordt gebruikgemaakt van (algemene) effectieve interventies gericht op opvoedondersteuning.
- Er zijn mooie lokale voorbeelden van ambulante hulp aan (aanstaande) tienermoeders.

Aandachtspunten:
- De bekendheid van het landelijke aanbod specifieke ambulante hulp en de vindbaarheid van het landelijke algemene aanbod dat lokaal georganiseerd is, kan beter.
- Bestaande effectieve interventies op het gebied van opvoedondersteuning kunnen mogelijk meer dan nu ingezet worden ten behoeve van tienermoeders (en vaders). Om dit te kunnen bepalen, is meer onderzoek nodig.
- Lokale expertise en good practices vanuit de opvang voor tienermoeders kunnen breder landelijk gedeeld worden, bijvoorbeeld in de vorm van een kennisdossier.

9.5 Opvang voor tienermoeders

Het onderzoek naar het landelijke aanbod van opvang voor tienermoeders brengt naar voren dat er 32 opvangvoorzieningen zijn voor tienermoeders. Er is veel aandacht voor kwaliteit in de opvang. De meesten werken met beschreven methodes, waarin aandacht is voor alle ondersteuningsthema's voor tienermoeders. Van de 32 opvangvoorzieningen werken er 19 met indicatie en 16 werken zonder indicatie. Het lijkt erop dat de verzwaring van indicatiecriteria de lagere bezettingsgraad bij organisaties met indicaties en regiobinding verklaart, en dat dit leidt tot een toestroom bij organisaties die een minder streng toelatingsbeleid hanteren.
Of de opvangcapaciteit volstaat, kan op dit moment niet worden geconcludeerd. Wel komt uit de inventarisatie naar voren dat er bij instellingen zorgen zijn over de toegankelijkheid van de opvang voor tienermoeders uit andere regio's. In 2014 waren de opvangvoorzieningen landelijk, provinciaal of regionaal toegankelijk. Sinds de decentralisaties worden er meer regiobindingseisen gesteld. Niet in alle regio's zijn opvangvoorzieningen voor tienermoeders, waardoor er door de regiobindingseisen grote verschillen dreigen voor de toegankelijkheid en de beschikbaarheid van deze specialistische opvang. Door regio overstijgende afspraken te maken, kunnen gemeenten waarborgen dat specialistische opvang ook voor hun tienermoeders beschikbaar is.

Maatwerk
Financiering vanuit verschillende bronnen werkt volgens de instellingen belemmerend bij het bieden van maatwerk. Er is behoefte aan flexibele inzet op maat waarbij er combinaties gemaakt kunnen worden van opvang en (intensieve tot zeer intensieve) specialistische ambulante hulp. Zo kan de hulp met specifieke tienermoederexpertise ingezet worden die passend en nodig is, afhankelijk van de situatie van de (aanstaande) tienermoeder en haar baby.

De ontwikkelingen rondom de Housing First benadering biedt ook mogelijkheden voor tienermoeders. Bij Housing First krijgen mensen met meervoudige problemen waarbij dakloosheid dreigt, een eigen woning op voorwaarde dat zij hulpverlening accepteren. Bij Housing First voor tienermoeders is het belangrijk om een goede zorginschatting van de ondersteuningsbehoefte van de moeder en risicofactoren voor de baby te maken. Voor de veiligheid van de baby is het belangrijk dat continu de zorgintensiteit wordt afgestemd op wat er nodig is. Tienermoeders vinden het lastig om zelf een goede inschatting te maken van de zorg die zij nodig hebben en trekken zelf niet snel aan de bel als met een ondersteuningsvraag. Zelfstandige huisvesting is daarom niet voor alle doelgroepen geschikt.

Wat gaat goed:
- Er is een landelijk georganiseerd aanbod aan opvangvoorzieningen voor tienermoeders, waarbij er aandacht is voor specifieke doelgroepen.
- Opvangvoorzieningen werken met beschreven methodes waarbij aandacht is voor belangrijke ondersteuningsthema's voor tienermoeders.
- Ter voorkoming van dakloosheid biedt de Housing First benadering ook kansen voor tienermoeders. Dit kan alleen als de moeder deze vorm van (zelfstandige) opvang aankan en er geen veiligheidsrisico is voor het kind.

Aandachtspunten:
- Er is behoefte aan mogelijkheden voor maatwerk en combinaties van ambulante hulp en opvang voor (aanstaande) tienermoeders. Financiële belemmeringen staan maatwerk soms in de weg.

- Opvangvoorzieningen voor tienermoeders maken zich zorgen dat het hanteren van indicaties en regiobindingseisen de toegankelijkheid voor tienermoeders beperkt. Regio overstijgende afspraken kunnen de toegankelijkheid voor tienermoeders waarborgen.

9.6 Gemeenten

Uit de inventarisatie van de zes geselecteerde gemeenten blijkt dat alleen de grote gemeenten specifiek beleid hebben, gericht op preventie van, hulp aan en opvang van tienermoeders. In de middelgrote gemeenten ontbreekt specifiek beleid, maar worden er wel meerdere doelgroep specifieke interventies ingezet. In de kleine gemeenten ontbreekt dit specifieke aanbod. Enerzijds hebben kleine gemeenten als voordeel dat alle tienermoeders in beeld zijn, anderzijds hebben ze vanwege de beperkte schaal niet de mogelijkheid om zelf voorzieningen voor (aanstaande) tienermoeders op te zetten. De grotere centrumgemeenten hebben hierin een regionale functie. Belangrijk is dat binnen de regio is afgestemd en voor alle gemeenten duidelijk is, waar (aanstaande) tienermoeders in het algemene aanbod of in de regio ondersteuning kunnen vinden en hoe de loketfunctie voor tienermoeders is ingevuld. Daarom is het belangrijk om de kennis en informatie lokaal te borgen bij een bestaande voorziening, bijvoorbeeld door aan te sluiten bij het model van aandachtfunctionarissen voor moeders in detentie. Voor gemeenten met (relatief) veel tienermoeders zijn er goede voorbeelden van ketensamenwerking, een tienermoederloket en specifieke interventies. De transities in het Sociaal Domein per 1 januari 2015 bieden gemeenten kansen voor een meer integrale benadering van de aanpak voor tienermoeders, waarbij het toekomstperspectief van de moeder en haar kind centraal staan. Dit geldt bijvoorbeeld voor het oppakken van de huisvestingsvraag in samenwerking met woningbouwcorporaties, afspraken en samenwerking met de Sociale Dienst en maatwerk en samenwerking met het onderwijs, zodat tienermoeders een startkwalificatie kunnen halen. Deze mogelijkheden worden nu nog onvoldoende benut.

Wat gaat goed:

- Grote gemeenten hebben specifiek beleid gericht op tienermoeders.
- Grote en middelgrote gemeenten hebben een specifiek aanbod gericht op deze doelgroep.
- Er zijn in gemeenten met relatief veel tienermoeders mooie voorbeelden van ketensamenwerking rond deze doelgroep.

Aandachtspunten:

- Ook tienermoeders in kleine gemeenten moeten toegang hebben tot specifieke zorg. Dit vraagt voldoende kennis van en regionale afstemming over de toegang tot deze zorg.
  De transities bieden de gemeenten kansen om tot een meer integrale aanpak te komen ten behoeve van tienermoeders. Samenwerking met bijvoorbeeld woningbouwcorporaties, de Sociale Dienst en het onderwijs vergroot de kansen op een goede toekomst voor de moeder en haar kind en helpt verdere problematiek bij moeder en kind voorkomen.

9.7 Veilig opgroeien

Overstijgend op de onderzoeksvragen is tijdens de interviews bevestigd wat eerder onderzoek naar voren heeft gebracht, dat kinderen van tienermoeders een verhoogd risico hebben op kindermishandeling. Goede hulp werkt preventief bij kinderen van de (aanstaande) tienermoeders. Zeker als het specifieke doelgroepen betreft zoals (aanstaande) tienermoeders met een jeugdzorgverleden, een gedragsprobleem, een psychiatrisch probleem, een vluchtelingenverleden of (licht) verstandelijke beperking. Ter voorkoming van geweld in afhankelijkheidsrelaties is het belangrijk

dat ambulante hulp en opvang aandacht hebben voor de inhoudelijke thema's rond het veilig opgroeien van tienermoeders én hun kind.

- Huisvesting is voor veel tienerouders een probleem, helemaal voor (aanstaande) tienermoeders die dakloos zijn. Soms is een huisvestingsprobleem een reden om gebruik te maken van zwaardere hulp dan nodig.
- Gehechtheid: in de opvang is in verschillende mate aandacht voor interventies ter versterking van de gehechtheidsrelatie tussen moeder en kind. In de ambulante hulpverlening is dit onduidelijk, maar wel wenselijk, bijvoorbeeld met de VIPP-SD. Bij tienermoeders met een verleden van huiselijk geweld of kindermishandeling is dit extra belangrijk, naast het belang van traumaverwerking.
- Inzet eigen netwerk en systemisch werken: in veel opvangorganisaties is in verschillende mate aandacht voor systemisch werken en de inzet van het eigen netwerk. Onduidelijk is of hiervoor ook aandacht is bij ambulante hulp.
- Studie/werk: er is sprake van ambivalentie tussen het belang van studie, startkwalificatie en inkomen, in combinatie met de zware belasting van de zorg voor het kind.

In zorgtrajecten van ambulante hulp en opvang moeten bovenstaande thema's geborgd worden, bij voorkeur met gebruik van effectieve interventies. Door deze expertise landelijk beschikbaar te stellen kunnen gemeentelijke ketens inhoudelijk ondersteund worden.

Wat gaat goed:

- Op landelijk niveau is voldoende expertise beschikbaar om het veilig opgroeien van tienermoeders *en* hun kind te bevorderen.
- Opvangorganisaties voor tienermoeders hebben aandacht voor gehechtheid en sensitiviteit, de inzet van het sociaal netwerk en het voorkomen van kindermishandeling.

Aandachtspunten:

- Ondanks de aandacht die er al is voor veilig opgroeien, is het belangrijk dat de thema's die hierbij een rol spelen (huisvesting, gehechtheid, inzet eigen netwerk en systemisch werken en aandacht voor de combinatie moederschap met studie/werk) meer dan nu geborgd worden in zorgtrajecten van ambulante hulp en opvang.
- De landelijk aanwezige expertise kan meer dan nu verspreid en gedeeld worden t.b.v. lokale zorgketens.

9.8 Kwaliteitsborging

Bij het maken van de 'foto' valt op dat er meerdere aandachtspunten zijn over kwaliteit. De aandachtspunten rond kwaliteit gaan over de bekendheid en de vindbaarheid van het aanbod, beschikbaarheid van expertise, het bieden van maatwerk, en de rol van de gemeenten. Overstijgend en samenvattend worden deze drie kwaliteitsthema's hieronder uitgewerkt.

Bekend en vindbaar aanbod
In de focusgroep-bijeenkomsten komt naar voren dat het verschilt per gemeente of tienermoeders het aanbod rondom keuzebegeleiding en ambulante hulp goed kunnen vinden. Het lijkt er op dat als gemeenten en instellingen aandacht hebben voor tienermoeders, het hulpaanbod ook beter vindbaar is voor tienermoeders. Terwijl in andere gemeenten tienermoeders moeite hebben met het vinden van de juiste hulp. Uit de inventarisatie blijkt ook dat voor gemeenten en instellingen zelf het landelijke en lokale hulpaanbod niet altijd duidelijk is. Het is belangrijk dat zwangere tieners en tienermoeders die ondersteuning zoeken, deze ondersteuning ook eenvoudig en snel kunnen vinden. Lang zoeken naar

hulp kan er voor zorgen dat abortus niet meer mogelijk is, of dat de tiener en haar kind onnodig extra risico lopen op problemen (zoals dakloosheid). De recente decentralisaties bieden gemeenten een kans voor goede bekendheid en vindbaarheid van het lokale hulpaanbod voor tienermoeders.

Beschikbaarheid van kennis en expertise
Er is verspreid in het land veel expertise aanwezig voor voorlichting, hulp en opvang aan zwangere tieners en tienermoeders. Ook zijn er methoden en interventies voor voorlichting, ambulante hulp, opvoedondersteuning en opvang. Interventies die in databanken zijn beschreven, zijn niet specifiek gericht op tienermoeders, maar sommigen zijn wel geschikt om in te zetten. Andere methoden zijn ontwikkeld bij instellingen, maar niet beschreven en onderzocht op effectiviteit. Bredere beschikbaarheid van deze kennis, interventies en methoden helpt instellingen om, met alle veranderingen in de decentralisaties, tienermoeders passende hulp te bieden.

Rol voor gemeenten
Het verschilt per gemeente hoe het instrumentarium rondom tienermoeders is vormgegeven. Bij sommige gemeenten zijn er wel, en bij anderen zijn er geen specifieke aandachtspunten of voorzieningen voor tienermoeders. Ongeacht het aantal tienermoeders dat een gemeente telt, moet elke gemeente oog hebben voor alle thema's die voor tienermoeders belangrijk zijn. Denk daarbij aan prenatale ondersteuning, gehechtheid, opvoedondersteuning, huisvesting en maatwerk bij studie en werk.

Maatwerk
De decentralisaties bieden kansen, maar geven ook zorgen over het bieden van maatwerk aan tienermoeders. Uit onderzoek en uit de focusgroep-bijeenkomsten komt naar voren dat de combinatie van ouderschap en onderwijs vraagt om maatwerk en samenwerking van alle betrokken organisaties. Zodat, in afstemming met elkaar, een haalbare balans tussen ouderschap en onderwijs kan worden gevonden. Ook komt naar voren dat er behoefte is aan meer mogelijkheden voor maatwerk in het bieden van ambulante hulp. Hierbij kan gedacht worden aan verschillende vormen van lichte tot zeer intensieve ambulante hulp, vormen van Housing First en combinaties van ambulante hulp en opvang. Hoewel niet in elke gemeente specialistische expertise voorhanden is, kunnen gemeenten goede zorg aan de meest kwetsbare tienermoeders borgen met goede signalering en doorgeleiding, en afspraken over bovenregionale specialistische hulp en opvang.

Met de recente decentralisaties zijn de bovenstaande aandachtspunten met name op gemeenten gericht. Om lokale overheid te ondersteunen kan de landelijke overheid een verbindende rol op zich nemen in het ondersteunen bij kwaliteitsborging. Een aantal voorbeelden voor het leggen van deze verbinding en het bieden van ondersteuning:

- Een landelijk kennisdossier met ondersteunende middelen voor gemeenten en instellingen. Om gemeentelijke regierol goed in te kunnen vullen, om kennis en expertise te delen, en een beschikbaar en vindbaar aanbod te creëren, kunnen tools gemeenten en instellingen helpen. Zowel gemeenten met weinig, als gemeenten met veel tienermoeders kunnen uit een kennisdossier met tools putten. Voorbeelden van tools zijn: geschikte interventies voor professionals, ondersteuningsthema's van tienermoeders, gespreksrichtlijnen, format voor een tienermoederketen, kwaliteitsrichtlijnen, handvatten voor triage van zorg, op/afschaal van zorg, zorg- en methodiekbeschrijvingen en in te zetten (algemene) effectieve interventies. Eventueel aangevuld met een inspiratiedossier met goede voorbeelden.
- Deskundigheidbevordering en –borging kan ingezet worden om maatwerk en expertise te kunnen bieden en te delen. Bij het borgen van deskundigheid kan gedacht worden aan bovenstaande thema's, de ondersteuningsthema's en interventies voor tienermoeders. Daarnaast kan ook

aangesloten worden bij andere landelijke ontwikkelingen om seksualiteit en anticonceptie meer bespreekbaar te maken, bijvoorbeeld door aan te sluiten bij de ontwikkelingen naar aanleiding van de Commissie Samson (2012) en het Kwaliteitskader voorkomen seksueel misbruik in de jeugdzorg (2013).
- Beschrijving en effectiviteit: organisaties hebben zelf vaak niet de middelen en ook niet altijd de expertise om effectiviteit te meten en een methodebeschrijving te maken die breder toepasbaar en bruikbaar is. Het beschrijven en toetsen op effectiviteit helpt bij het verbeteren van de kwaliteit van hulp en bij het delen van effectieve interventies en zorgprogramma's.

9.9 Omvang

De vraag of, naast de kwaliteit van het aanbod, ook de omvang van het aanbod volstaat, is niet zomaar met ja of nee te beantwoorden. Hiervoor zijn twee redenen. Ten eerste is er weinig kwantitatief onderzoek waarbij cijfermatig in beeld is gebracht welk percentage tienermoeders hulp en opvang nodig heeft. Een regionale studie in Zuid-Holland Zuid heeft wel in beeld gebracht wat de ondersteuningsbehoefte bij tienermoeders is. Daarmee is het slechts mogelijk om met zeer grote voorzichtigheid een indicatie te geven van het aandeel zwangere tieners en tienermoeders dat extra ondersteuning of opvang nodig heeft. Het aandeel tienermoeders met ondersteuningsbehoefte bedraagt in die studie 40%. Van de tienermoeders heeft 30% bovendien behoefte aan hulp bij het vinden van andere woonruimte. Het is niet mogelijk om hiermee iets te zeggen over de landelijke aantallen, maar het geeft wel een beeld.
Ten tweede, en dit maakt conclusies over de omvang van de ondersteuning onmogelijk, ontbreekt het gemeenten en instellingen aan cijfers over het bereik en de effectiviteit van hun aanbod. Daarbij komt nog dat ambulante hulp en opvang vaak zowel op tienermoeders als op jonge moeders zijn gericht, waardoor de cijfers over ambulante hulp en opvang specifiek voor tienermoeders ontbreken.

Nawoord

Veel organisaties verkeerden in het najaar van 2014 in drukke en onrustige tijden van transitie. Toch is het gelukt om met deze inventarisatie zoveel mogelijk organisaties op de 'foto' te krijgen. Binnen de scope van het onderzoek, de beschikbare tijd en middelen is getracht om een representatief beeld van de huidige situatie te geven. Deze inventarisatie pretendeert niet volledig te zijn, maar geeft een beeld van de huidige situatie (met gegevens uit 2013). Een 'foto' waar zoveel mogelijk organisaties op staan.

Wij willen alle professionals die mee hebben gewerkt aan dit onderzoek met behulp van telefonische interviews, bedanken voor hun medewerking, tijd en inzet. Ook willen we alle professionals bedanken voor hun waardevolle input tijdens focusgroepen en de expertmeeting.
De jonge moeders van Studerende Jonge Moeders, Siriz en Kadera willen we bedanken voor hun openhartige verhalen en het delen wat voor hen belangrijk is en was als tienermoeder.

Bijlage 1 Inventarisatie van landelijke interventies en uitvoerende organisaties

Deze bijlage betreft een overzicht van de landelijk geïnventariseerde interventies. De interventies staan per onderzoeksvraag op alfabetische volgorde gerangschikt naar uitvoerende organisatie. De inventarisatie vond plaats in het najaar van 2014.

Onderzoeksvraag 1: Voorlichting seksuele gezondheid
Organisatie: GGD Nederland / MOA
Interventie: Wijzer in de liefde
Werkgebied: Landelijk
Doelgroep: Allochtone jongeren
Specifieke doelgroep: Nieuwkomers / asielzoekers
Bereik: onbekend
Omschrijving Het landelijk draaiboek Wijzer in de Liefde is een methode om jeugdige asielzoekers en nieuwkomers kennis en vaardigheden aan te leren op het terrein van seksualiteit. Wijzer in de Liefde is ontwikkeld voor jongeren en jong volwassenen die niet gewend zijn om over seksualiteit te praten. In het draaiboek zijn 9 thema’s beschreven, waaronder seksuele ontwikkeling, geboorteregeling, soa/hiv, veilig vrijen en seksuele diversiteit. Loverboys en prostitutie komen tijdens de 8e bijeenkomst “lef in de liefde” uitgebreid aan de orde. Wijzer in de Liefde kan gebruikt worden door docenten op scholen met nieuwkomers, gezondheidsbevorderaars, jeugdverpleegkundigen en begeleiders van asielzoekers/alleenstaande minderjarige vluchtelingen voor individuele – en voor groepsvoorlichting. Het draaiboek wordt uitgevoerd in asielzoekerscentra en in internationale schakelklassen.

Organisatie: Rutgers WPF
Interventie: Girls' talk
Werkgebied: Landelijk
Doelgroep: LVB / meiden met een lage opleiding
Bereik: Girls Talk wordt aan uitvoerend professionals overgedragen middels een train-de-trainer. In 2013 zijn geen Girls Talk trainingen uitgevoerd. Onbekend is hoe veel meiden met deze interventie worden bereikt.
Omschrijving: Het doel van Girls' Talk is bevordering van seksuele gezondheid, gezond seksueel gedrag en seksuele interactiecompetentie van laag opgeleide adolescente meiden (circa 14-18 jaar) met diverse etnische achtergronden. Girls' Talk is een intensieve semigestructureerde en sekse specifieke groepscounselmethodiek. Er zijn 8 bijeenkomsten van twee uur voor groepen van 6 tot 8 meiden. Anticonceptiegebruik en vaardigheden om hierover te onderhandelen zijn centrale aandachtspunten.

Organisatie: Rutgers WPF
Interventie: Jouw leven, jouw keus
Werkgebied: Landelijk
Doelgroep: LVB/ Lage opleiding
Specifieke doelgroep: meiden en jongvolwassen vrouwen 18-23 jaar
Bereik: Onbekend, interventie leidt een slapend bestaan. In 2013 geen trainingen.
Omschrijving: De interventie betreft een groepscounselingprogramma waarbij zoveel mogelijk wordt aangesloten bij de leefwereld, ervaring, behoeften en problemen van meiden en jonge vrouwen op het gebied van relaties, seksualiteit en empowerment. Het doel van de interventie is het vergroten van de relationele en seksuele weerbaarheid, seksuele gezondheid en seksueel gedrag van meiden en jongvolwassen vrouwen (18-23 jaar). Hiermee wordt beoogd dat de doelgroep meer regie krijgt over de eigen seksuele relaties en zorg leert dragen voor de eigen seksuele gezondheid. Het is een intensief en interactief sekse specifiek programma van zes tot tien thematische bijeenkomsten die flexibel en naar keuze ingezet kunnen worden in groepen van 6-10 meiden. De bijeenkomsten duren gemiddeld twee à drie uur en worden tweewekelijks of eenmaal per week aangeboden.

Organisatie: Siriz
Interventie: Voorlichting op scholen over seksualiteit, zwanger worden, ongewenste zwangerschap en keuzemogelijkheden
Werkgebied: Landelijk
Doelgroep: Jongeren
Specifieke doelgroep: Laag opgeleiden/VMBO
Bereik: In 2013 zijn 789 voorlichtingslessen gegeven, waarbij 16.547 jongeren bereikt zijn; in meer dan de helft van de gevallen ging het om vmbo-scholen.
Omschrijving: Het doel van de voorlichting van Siriz is een bewustwordingsproces bij jongeren op gang te brengen. Siriz wil enerzijds dat jongeren zich bewust worden van de complexe problematiek die een onbedoelde zwangerschap met zich meebrengt, anderzijds dat zij zich bewust worden van de waarde van ongeboren leven. Weerbaarheid is een belangrijk thema; als jongeren 'nee' kunnen en durven zeggen, kan dit een onbedoelde zwangerschap voorkomen. Daarnaast wijst Siriz jongeren op hulp die geboden kan worden bij een onbedoelde zwangerschap. Achterliggend doel is om op deze manier door bewustwording een bijdrage te leveren aan de preventie van onbedoelde (tiener)zwangerschappen.

Organisatie: Soa Aids Nederland
Interventie: Kitchen Tea Party
Werkgebied: Landelijk
Doelgroep: 18+vrouwen
Specifieke doelgroep: Sub-Sahara Afrikaanse vrouwen
Bereik: 8 keer uitgevoerd in 2013.
Beschrijving De interventie is ontwikkeld naar aanleiding van het hoge aantal tienerzwangerschappen in de doelgroep vrouwen uit Sub-Sahara Afrika. Naar oud Afrikaans gebruik worden grote levensgebeurtenissen, zoals het huwelijk, de zwangerschap en geboorte van een kind gevierd door een 'Kitchen Tea Party' (KTP). Tijdens de KTP kunnen vrouwen vrijuit praten en delen zij intieme informatie, om de aanstaande vrouw en/of moeder voor te bereiden op haar nieuwe levensrol. Deze KTP's worden in Nederland ook georganiseerd. De interventie sluit hierbij aan door voorlichting over seksueel overdraagbare aandoeningen en HIV te integreren in de KTP. Bij de KTP is een facilitator, een expert op het gebied van soa/hiv-preventie, aanwezig die de discussie leidt en adviezen geeft ten aanzien van veilig vrijen, seksuele gezondheid, (intieme) verzorging, testen, behandelen, de mogelijkheid voor hiv-positieven om hiv-negatieve baby's te krijgen en het Nederlandse gezondheidssysteem. Tijdens de KTP wordt aandacht besteed aan kennisoverdracht en bewustwording van seksueel risicovolle gedragingen, culturele gebruiken, rituelen en heersende sociale (gender)normen en risico-reductiestrategieën, zoals het bespreekbaar maken van condoomgebruik. Ook het correct gebruik van het condoom wordt geoefend.

Organisatie: Soa Aids Nederland
Interventie: Uma Tori
Werkgebied: Landelijk
Doelgroep: 18+ vrouwen
Specifieke doelgroep: Antilliaans
Bereik: Onbekend, interventie wordt waarschijnlijk niet meer uitgevoerd
Omschrijving: Het doel van de voorlichting is dat vrouwen zich bewust worden van het risico op een soa of HIV (eigen gedrag/gedrag partner), dat zij de keuze durven maken om veilig te vrijen en deze keuze te bespreken met hun partner. Verder beoogt Uma Tori dat vrouwen binnen seksuele relaties een betere inschatting kunnen maken van de persoonlijke risico's die ze lopen en dat ze meer inzicht krijgen in hun machtspositie. Voorts zijn vrouwen na afloop van Uma Tori beter in staat om een persoonlijke strategie te kunnen bepalen om veiliger te vrijen. Consistent condoomgebruik is slechts één van deze strategieën. Interventie bestaat uit 5 bijeenkomsten van 2,5 uur.

Organisatie: Soa Aids Nederland
Interventie: Veilig Vrijen en Seksualiteit voor het jeugdwelzijnswerk
Werkgebied: Landelijk
Doelgroep: Jongeren
Specifieke doelgroep: laag opgeleiden/VMBO
Bereik: In 2013 geen trainingen gegeven aan professionals in het jeugdwelzijnswerk. Door het veld zijn wel materialen aangeschaft, te weten: • 493 series van 50 krasloten; • 1672 stuks jongerenboekjes SEKS&ZO; • 14 stuks handleiding Veilig Vrijen en Seksualiteit voor het Jeugdwelzijnswerk. Deze materialen zijn in 2013 ingezet door het jeugdwelzijnswerk.
Omschrijving Het doel van het voorlichtingspakket Veilig Vrijen & Seks is voorlichting over de preventie van grensoverschrijding, soa's en ongewenste zwangerschap, waarbij ook de prettige kanten van seks een belangrijk aandachtspunt zijn. De doelgroep zijn laagopgeleide jongeren van 12 -18 jaar (zij hebben meer seks en lopen meer risico dan hoger opgeleide jongeren). Het jongerenwerk is een geschikte setting om deze jongeren te bereiken. De handleiding biedt hen tal van mogelijkheden om aandacht te besteden aan onderwerpen die met verliefdheid, relaties en seksualiteit te maken hebben. In de training leert men hoe je goed en aansprekend voorlichting geeft over veilig vrijen en seksualiteit. De training wordt gegeven door de door de ontwikkelaar getrainde GGD-verpleegkundigen. **Het voorlichtingspakket Veilig Vrijen & Seks bestaat uit zes onderdelen:** **1. Krasloten voor jongeren:** hiermee kunnen jongeren hun kennis testen over veilig vrijen, soa's, hiv/aids, condoomgebruik, anticonceptie, je lichaam, loverboys en homoseksualiteit**.** **2. Jongerenboekje SEKS&ZO:** Dit is een kontzakboekje voor jongeren van 13 tot 17 jaar. **3. Handleiding Veilig vrijen en seksualiteit voor het jeugdwelzijnswerk:** De handleiding is gemaakt voor jeugd- en jongerenwerkers, waaronder meidenwerkers, die met jongeren in gesprek gaan over verliefdheid, relaties en seksualiteit. De informatie is afgestemd op jongeren tussen de 12 en 18 jaar. **4. Dvd Find Out:** Hierop staan tien afleveringen van 13 minuten over seks, te weten: - Jongens willen seks, meiden willen liefde - De grote versiershow - De eerste keer - Seks en islam - Vreemdgaan - Ik ben homo - De X-factor - Hoe ver ga jij? - Condooms - Help... ik heb een soa! **5. Dvd Love'r boy:** Hierop staat een rap over loverboys van een vrouwelijke MC. **6. Training voor jeugd- en jongerenwerkers:** Dit is een tweedaagse basistraining voor professionals uit het jeugdwelzijnswerk.

Organisatie: Soa Aids Nederland, Rutgers WPF, GGD Nederland en GGD centra voor seksuele gezondheid
Interventie: Sense
Werkgebied: Landelijk
Doelgroep: Jongeren
Specifieke doelgroep: laag opgeleiden/VMBO
Bereik: In 2013 is de website www.sense.info ruim 800.000 keer bekeken, waarvan 500.000 via de desktop en ruim 300.000 via de mobiele site. Dit is een toename van 15% ten opzichte van 2012. Deze aantallen liggen iets boven de doelstelling voor 2013 (750.000 bezoeken). Duidelijk is dat steeds meer jongeren de mobiele website raadplegen. De kwaliteit van het bezoek is onveranderd hoog: de gemiddelde bezoekduur is bijna 4,5 minuten en het gemiddelde aantal pageviews per bezoek is vijf.
Omschrijving www.sense.info is een webservice voor jongeren tussen de 12 en 25 jaar met informatie over lichaam,

verliefdheid, relaties en seks. De site biedt naast betrouwbare informatie ook mogelijkheden om vragen te stellen aan deskundigen via chat, e-mail en telefoon en om een afspraak te maken voor een (gratis) consult in de buurt. De website biedt jongeren een totaalpakket aan informatie en hulp over seksuele gezondheid in een combinatie tussen online en offline aanbod (in de vorm van de Sense-spreekuren). De inhoudelijke doelstelling van deze webservice is: jongeren ondersteunen in de ontwikkeling van hun eigen seksuele identiteit, de preventie van soa's en ongewenste zwangerschap, en het voorkomen van overhalen en dwang. De site wil jongeren ondersteunen in de ontwikkeling van een gezonde en veilige seksuele carrière. Hierbij neemt het voorkomen van soa's en zwangerschap, en het herkennen en aangeven van wensen en grenzen een belangrijke plaats in. Naast kennisoverdracht over veilig en onveilig seksueel gedrag wordt er aandacht besteed aan het bevorderen van een positieve, verantwoordelijke houding ten aanzien van seksualiteit.

Organisatie: Soa Aids Nederland, Rutgers WPF, Maastricht University, GGD Rotterdam Rijnmond (Deze interventie heeft verschillende onderdelen voor verschillende onderwijsniveaus; de diverse onderdelen hebben contactpersonen bij andere organisaties)
Interventie: Lespakket Lang Leve de Liefde
Werkgebied: Landelijk
Doelgroep: Jongeren
Specifieke doelgroep: laag opgeleiden/VMBO
Bereik: In 2013 zijn de volgende resultaten bereikt: • Bijna 1.000 docenten hebben een account aangemaakt voor de website www.lesgevenindeliefde.nl (eerste jaar van implementatie). • Door 250 (van de 645) scholen is het lesmateriaal aangeschaft. • Ruim 45.000 leerlingenmagazines zijn verspreid. • 22 GGD's en 53 GGD-medewerkers zijn getraind.
Omschrijving: Het doel van de interventie is het bevorderen van de seksuele gezondheid en het voorkomen van ervaringen met grensoverschrijdend gedrag, ongewenste zwangerschap en soa/hiv besmetting. Met het lespakket worden leerlingen ondersteund in een prettige, gewenste, en veilige seksuele ontwikkeling. Lang Leve de Liefde bestaat uit drie lespakketten over liefde, relaties, seksualiteit en veilig vrijen, voor het voortgezet onderwijs en MBO. Het lespakket voor de onderbouw van het middelbaar onderwijs omvat zes lessen en bestaat uit een leerlingenmagazine, een dvd, twee digitale lessen op www.langlevedeliefde.nl, een docentenhandleiding en een website voor docenten www.lesgevenindeliefde.nl. De lespakketten voor de bovenbouw van Havo en Vwo en voor klas 1 en 2 van het MBO bestaan uit digitale modules, die eventueel ondersteund kunnen worden door klassikale lessen. Met het lespakket worden leerlingen ondersteund in een prettige, veilige en gewenste seksuele ontwikkeling. Er wordt gewerkt aan kennis, maar ook houding en vaardigheden van de leerlingen ten aanzien van relaties en seksualiteit.

Onderzoeksvraag 2: Voorlichting aan (onbedoeld) zwangere tienermoeders en- vaders
Organisatie: Bloemhove & Bea huis in Heemstede – abortuskliniek Heemstede
Werkgebied: Landelijk
Capaciteit: Onbekend
Omschrijving Abortuskliniek Heemstede is een 1e en 2e trimester kliniek tot 22 weken abortus. Met de zwangere vrouwen/meiden die voor abortus komen wordt een intakegesprek gevoerd met als doel hen te ondersteunen bij het maken van een weloverwogen keuze en voorlichting te geven over anticonceptie. Het gesprek verloopt in 2 stappen: 1. Gesprek met arts, een echo en gerichte informatie over abortus. 2. Gesprek met verpleegkundige over anticonceptie, de besluitvorming wordt getoetst en alle vragen worden beantwoord. Met jongeren wordt ook afzonderlijk (zonder ouders) gesproken.

Organisatie: CASA-klinieken: Amsterdam, Leiden, Houten, Den Haag, Maastricht, Goes en Rotterdam
Werkgebied: Landelijk
Capaciteit: Onbekend
Omschrijving De 7 CASA klinieken zijn 1e en 2e trimester klinieken. Er wordt een intakegesprek gevoerd met als doel de vrouwen/meiden te ondersteunen bij het maken van een weloverwogen keuze en voorlichting te geven over anticonceptie. De besluitvorming wordt getoetst en er wordt voorlichting gegeven over de keuzemogelijkheden. Er wordt betrouwbare en deskundige informatie, advies en hulp geboden op het gebied van anticonceptie, zwangerschapsafbreking en seksualiteit. Tot 1 januari 2015 hadden de CASA klinieken een eigen website om jongeren te bereiken. Deze is gestopt omdat de website www.sense.info ook voldoet en CASA geen financiële middelen krijgt.

Organisatie: Centrum Seksuele Gezondheid Noord-Nederland – abortuskliniek Groningen
Werkgebied: Landelijk
Capaciteit: Onbekend
Omschrijving: Het CSGNN is een 1e trimesterkliniek tot 13 weken abortus. Er wordt een intakegesprek gevoerd met als doel de vrouwen/meiden te ondersteunen bij het maken van een weloverwogen keuze en voorlichting te geven over anticonceptie. Er wordt ingegaan op de keuzemogelijkheden, de wens voor abortus en de besluitvorming wordt getoetst.

Organisatie: Emmakliniek – abortuskliniek Enschede
Werkgebied: Landelijk
Capaciteit: Onbekend
Omschrijving: De Emmakliniek is een 1e trimesterkliniek tot 13 weken abortus. Tijdens het intakegesprek wordt ingegaan op de wens voor- en besluitvorming rondom abortus, het verloop van de abortus en eventueel anticonceptie.

Organisatie: FIOM
Informatie , hulp en advies bij ongewenste zwangerschap, adoptie en abortusverwerking
Werkgebied: Landelijk
Capaciteit: Onbekend

Omschrijving: Fiom geeft voorlichting en begeleiding bij besluitvorming voor zwangere tieners en de vaders. Het doel is het geven van neutrale informatie en hulp voor tienermoeders en het ondersteunen bij het maken van een weloverwogen keuze, die het beste past bij de waarden en toekomst, zodat de tienermoeder verder kan. Op de website wordt informatie gegeven, keuzebegeleiding kan online, telefonisch of persoonlijk gegeven worden. Fiom biedt ook hulp en begeleiding bij adoptie of abortusverwerking. Fiom heeft hiervoor een landelijk netwerk van Fiom gekwalificeerde maatschappelijk werkers in regio's waar persoonlijke gesprekken kunnen plaatsvinden.

Organisatie: Het Vrelinghuis – abortuskliniek Utrecht
Werkgebied: Landelijk
Capaciteit: Onbekend
Omschrijving: Het Vrelinghuis is een 1^{e} en 2^{e} trimesterkliniek tot 22 weken zwangerschap. Met de zwangere vrouwen/meiden die komen voor een abortus wordt een intakegesprek gevoerd met als doel hen te ondersteunen bij het maken van een weloverwogen keuze. Daarin wordt de besluitvorming getoetst, uitleg gegeven over abortus en voorlichting over anticonceptie. Het intakegesprek vindt plaats aan de hand van een vragenlijst. Bovendien vindt er een echo plaats en krijgt de vrouw informatie over de verschillende keuzes. Over het algemeen is 1 gesprek voldoende.

Organisatie: Mildred Arnhem en ASK Rutgers Eindhoven – abortuskliniek Eindhoven Arnhem
Werkgebied: Landelijk
Capaciteit: Onbekend
Omschrijving: Dit is een 1^{e} en 2^{e} trimesterkliniek tot 22 weken abortus. Met de zwangere vrouwen/meiden die komen voor een abortus wordt een intakegesprek gevoerd met als doel hen te ondersteunen bij het maken van een weloverwogen keuze. Tijdens het gesprek wordt de besluitvorming getoetst, uitleg gegeven over abortus en voorlichting gegeven over anticonceptie. De kliniek werkt samen met Sense. Tevens heeft de kliniek een spreekuur omtrent anticoncept en SOA en geeft voorlichtingsbijeenkomsten over anticonceptie.

Organisatie: Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
Werkgebied: Landelijk
Capaciteit: Niet van toepassing
Omschrijving: Huisartsen hebben richtlijnen uit 2008 voor het omgaan met een hulpvraag bij onbedoelde zwangerschap; Quickscan in samenwerking met Fiom 2012. Het doel is meiden en vrouwen die onbedoeld zwanger zijn te ondersteunen bij zorgvuldige besluitvorming.

Organisatie: Siriz
Werkgebied: Landelijk
Capaciteit: In het jaarverslag van 2013 van Siriz zijn de volgende cijfers vermeld met betrekking tot het bereik; er zijn geen specifieke cijfers over tienermoeders. Er zijn in totaal 2.159 hulpvragen binnengekomen. Het gaat dan om een eerste contact tussen een hulpvrager (v/m) en Siriz. Dit eerste contact was in de vorm van: 1.262 telefoongesprekken, 540 chatgesprekken, 354 vragen per e-mail en drie face to face-gesprekken. Van de in 2013 gevoerde 540 chatgesprekken was het grootste gedeelte van deze hulpvragers jonger dan 18 jaar en de hoofdproblematiek was onbedoelde zwangerschap. Het geven van informatie en advies kenmerken de chatgesprekken (Siriz (2014) *Jaarverslag 2013)*.
Omschrijving: Siriz biedt keuzevoorlichting en keuzebegeleiding aan tieners en volwassen vrouwen en mannen die met een onbedoelde zwangerschap te maken hebben. Ook biedt Siriz begeleiding bij afstand ter adoptie, begeleiding tijdens (onbedoelde) zwangerschap en hulp bij verwerking van een abortus. Siriz biedt ondersteuning via e-mail, chatgesprekken, telefonisch en in een persoonlijk gesprek. Siriz heeft 18 hulpposten, is vertegenwoordigd in iedere provincie en is zo landelijk dekkend. De begeleiding bestaat uit vijf tot tien gesprekken. Het belangrijkste doel is het weer grip krijgen op het leven en het vergroten van de zelfredzaamheid van de (aanstaande) moeder. Van de geselecteerde gemeenten hebben Den Haag en Maastricht een Siriz-hulppost Siriz werkt met een beschreven werkwijze, zowel voor de keuzebegeleiding, als voor het uitdragen van de zwangerschap.

Organisatie: Stimezo – abortuskliniek Zwolle
Werkgebied: Landelijk
Capaciteit: onbekend
Omschrijving Stimezo is een 1e trimesterkliniek tot 13 weken zwangerschap. Met de zwangere vrouwen wordt een intakegesprek of een besluitvormingsgesprek gevoerd. Aan bod komen de keuzemogelijkheden, de besluitvorming en anticonceptie. Het doel is onbedoeld zwangere vrouwen te ondersteunen bij het maken van een weloverwogen keuze.

Onderzoeksvraag 3: Ambulante begeleiding
Organisatie: FIOM (landelijk)
Interventie: Online keuzevoorlichting, online keuzebegeleiding en uitdragen zwangerschap (gratis). Online begeleiding bij afstandsvraagstukken (adoptie) en verwerking van een abortus.
Werkgebied: Landelijk
Doelgroep: Vrouwen en mannen
Specifieke doelgroep: Vrouwen die ongewenst zwanger zijn, mannen die te maken hebben met een ongewenste zwangerschap
Bereik: In 2013 is 1.022 maal hulp geboden via e-mail, 1.422 maal informatie verstrekt via e-mail, 701 chatgesprekken.
Omschrijving: Fiom landelijk is een kennis- en netwerkcentrum op het gebied van afstandsvraagstukken, keuzevoorlichting, keuzebegeleiding, begeleiding bij het uitdragen van een onbedoelde zwangerschap en begeleiding bij verwerking van abortus. Fiom landelijk biedt online hulpverlening door middel van chatten en e-mail. Voor online hulpverlening kunnen vrouw zich aanmelden via de website. De hulpverlening wordt uitgevoerd door HBO professionals die geschoold zijn in online hulpverlening. In het jaarverslag (Fiom, 2013) van Fiom landelijk worden de volgende cijfers vermeld over het bereik van online hulpverlening. In 2013 is 1.022 maal hulp geboden via e-mail, er is 1.422 maal informatie verstrekt via e-mail, en er vonden 701 chatgesprekken plaats. In het jaarverslag is niet gespecificeerd om welk type vragen het ging en hoeveel tienermoeders gebruik hebben gemaakt van de online hulpfunctie.

Organisatie: FIOM (grootstedelijk, regionaal opererend)
Interventie: Online en persoonlijke begeleiding bij besluitvorming en uitdragen zwangerschap (gratis).
Werkgebied: Grootstedelijk (Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht)
Doelgroep: Doelgroep is per bureau verschillend geformuleerd.
Specifieke doelgroep: Amsterdam: (onbedoeld) zwangere vrouwen, alleenstaande moeders, jonge vaders, hulp in verband met afstand en abortus en familiezoekers. Den Haag: hulpverlening rondom zwangerschap, abortus, kinderwens, vruchtbaarheidsproblemen en ongewenste kinderloosheid. Rotterdam: iedereen die begeleiding kan gebruiken bij ongewenste kinderloosheid, het verlies van een ongeboren of geboren kind, twijfel over de zwangerschap, abortus en adoptienazorg. Utrecht: vrouwen en mannen die vragen hebben rondom zwangerschap, adoptienazorg en de verwerking van seksueel geweld.
Bereik: Onbekend
Omschrijving: Er zijn er vier grootstedelijke Fiom-bureaus (die regionaal werken) in de gemeenten Den Haag, Rotterdam, Amsterdam en Utrecht. De inzet wordt lokaal gefinancierd en de bureaus zijn ondergebracht bij lokale welzijnsorganisaties. In de begeleiding is aandacht voor keuzevoorlichting en keuzebegeleiding en vragen bij het uitdragen van de zwangerschap op het gebied van huisvesting, scholing, werk, kinderopvang, financiën, medische begeleiding, erkenning, vaderschap of voogdij.

Organisatie: FIOM (lokale werkeenheden)
Interventie: Persoonlijke begeleiding bij besluitvorming en uitdragen zwangerschap (niet altijd kosteloos).
Werkgebied: Verspreid over Nederland
Doelgroep: Doelgroep is per bureau verschillend geformuleerd.
Specifieke doelgroep: Amsterdam: (onbedoeld) zwangere vrouwen, alleenstaande moeders, jonge vaders, hulp in verband met afstand en abortus en familiezoekers. Den Haag: hulpverlening rondom zwangerschap, abortus, kinderwens, vruchtbaarheidsproblemen en ongewenste kinderloosheid. Rotterdam: iedereen die begeleiding kan gebruiken bij ongewenste kinderloosheid, het verlies van een ongeboren of geboren kind, twijfel over de zwangerschap, abortus en adoptienazorg. Utrecht: vrouwen en mannen die vragen hebben rondom zwangerschap, adoptienazorg en de verwerking van seksueel geweld.
Bereik: Onbekend
Omschrijving: Er zijn Fiom- werkeenheden (vaak voormalig medewerkers die Fiom-hulpverlening als particulier of via een maatschappelijk werkorganisatie aanbieden). De Fiom-hulpverlening die door particulieren wordt aangeboden, is niet kosteloos. In de begeleiding is aandacht voor keuzevoorlichting en keuzebegeleiding, en vragen bij het uitdragen van de zwangerschap op het gebied van huisvesting, scholing, werk, kinderopvang, financiën, medische begeleiding, erkenning, vaderschap of voogdij. Omdat de werkeenheden verspreid zijn en als het ware zelfstandig opereren, is het onduidelijk wat precies de werkwijze is van deze werkeenheden.

Organisatie: Siriz
Interventie: keuzevoorlichting en keuzebegeleiding aan tieners en volwassen vrouwen en mannen die met een onbedoelde zwangerschap te maken hebben
Werkgebied: Landelijk
Doelgroep: Iedereen die te maken heeft met een onbedoelde zwangerschap
Specifieke doelgroep: Tieners
Bereik: In 2013 heeft Siriz 286 ambulante begeleidingstrajecten uitgevoerd. Het jaarverslag vermeldt niet hoe deze vragen zijn verdeeld over de verschillende hulpposten van Siriz.
Omschrijving: Siriz heeft voor de ambulante hulpverlening de volgende werkwijzen beschreven: • Keuze procesbegeleiding. • Begeleiding bij uitdragen van een (aanvankelijk) onbedoelde zwangerschap.

Organisatie: Centrum voor Jeugd en Gezin
Interventie: Consultatiebureau, preventieve activiteiten op het terrein van opvoeden en opgroeien
Werkgebied: Landelijk
Doelgroep: Alle (aanstaande) ouders die vragen hebben over opvoeden en opgroeien.
Specifieke doelgroep:
Bereik: Er zijn geen cijfers bekend over het bereik van de verschillende Centra voor Jeugd en Gezin in Nederland.
Omschrijving: Het CJG is een netwerkorganisatie waarin het aanbod op het gebied van prenatale voorlichting, Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar en Wmo-activiteiten (voorlichting, informatie en advies over opvoeden en opgroeien 0-23 jaar en beschikbare licht pedagogische hulp) gebundeld is. Het CJG is vaak de uitvoerder van de Jeugdgezondheidszorg taken zoals het Consultatiebureau. Uit onderzoek is bekend (OCD Onderzoek naar tiener- en jonge moeders) is bekend dat alle tienermoeders bij het Consultatiebureau komen. Hieronder is specifiek beschreven wat er vanuit de Jeugdgezondheidszorg wordt gedaan.

Jeugdgezondheidszorg

Zodra een kind is ingeschreven bij een gemeente (burgerlijke stand), wordt er automatisch een signaal afgegeven naar het consultatiebureau in het kader van de jeugdgezondheidszorg. Consultatiebureaus zijn in basis onderdeel van een Centrum voor Jeugd en Gezin. Uitgangspunt is dat het consultatiebureau alle ouders en kinderen van 0 tot 4 jaar ziet. Het eerste contact met een verpleegkundige is via huisbezoeken (hielprik en intakegesprek). Als het kind ongeveer vier weken is, vindt het eerste bezoek plaats aan het consultatiebureau op locatie. De eerste focus van het consultatiebureau ligt op het voortijdig signaleren van (voornamelijk) fysieke problemen en ontwikkelingsachterstand(en) bij het kind. Ouders kunnen bij het consultatiebureau ook vragen stellen met betrekking tot opvoeding. Het consultatiebureau volgt de kinderen tot ongeveer vier jaar. Daarna biedt de GGD de jeugdgezondheidszorg tot aan ongeveer negentienjarige leeftijd.

Organisatie: Huisartsen
Interventie: Gezondheidszorg taken
Werkgebied: Landelijk
Doelgroep: Alle (aanstaande) ouders die vragen hebben over opvoeden en opgroeien.
Specifieke doelgroep:
Bereik: Onbekend
Omschrijving: Huisartsen kunnen bezocht worden door tienermoeders op eigen initiatief, ook gedurende de zwangerschap. Een huisarts kan ook taken op zich nemen die normaal gesproken door het consultatiebureau worden uitgevoerd, bijvoorbeeld omdat er geen consultatiebureau (locatie) in de buurt is. Er is een Quickscan (Fiom 2012) voor huisartsen en de NHG-Standaard *Zwangerschap en kraamperiode*. Daarnaast is een richtlijn voor huisartsen in ontwikkeling met betrekking tot onbedoelde zwangerschap. Het idee is dat huisartsen voornamelijk zullen verwijzen indien er ambulante hulp voor de moeder nodig is.

Organisatie: Bureau Jeugdzorg
Interventie: Opvoedondersteuning, hulp bij opvoedvragen
Werkgebied: Landelijk
Doelgroep: Alle (aanstaande) ouders die vragen hebben over opvoeden en opgroeien.
Specifieke doelgroep:
Bereik: Onbekend
Omschrijving: Tienermoeders kunnen op diverse manieren in aanraking komen met Bureau Jeugdzorg. Zij kunnen zichzelf aanmelden met (lichte) opvoedingsvragen en/of problemen. Indien een jonge moeder al gebruik maakt van jeugdhulp (bijvoorbeeld een residentiële voorziening), dan zal Bureau Jeugdzorg sneller ingezet worden. Indien een moeder minderjarig is, kan Bureau Jeugdzorg ingeschakeld worden om de voogdij over het kind op zich te nemen, bijvoorbeeld omdat de (groot)ouders dat niet kunnen. Bureau Jeugdzorg kan ook ingeschakeld worden indien er vanuit de omgeving zorgen zijn met betrekking tot de opvoeding. En Bureau Jeugdzorg vormt nu nog de toeleiding naar passende specialistische zorg. Waarschijnlijk zal een deel van deze taken overgenomen worden door het CJG, in het kader van de decentralisatie van de Jeugdzorg. Vanaf januari 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor het preventieve en curatieve jeugdbeleid, kortom: de gemeenten worden verantwoordelijk voor alle jeugdhulp. Tienermoeders kunnen dan voor hulp en advies terecht bij de Centra voor Jeugd en Gezin (of meer specifiek bij de Jeugd en Gezin-teams).

Organisatie: Algemeen Maatschappelijk Werk
Interventie: Opvoedondersteuning, hulp bij opvoedvragen
Werkgebied: Landelijk
Doelgroep: Alle (aanstaande) ouders die vragen hebben over opvoeden en opgroeien.
Specifieke doelgroep:
Bereik: Onbekend
Omschrijving: Algemeen Maatschappelijk Werk is een algemene voorziening, waar ook tienermoeders gebruik van kunnen maken. Over het algemeen zal een moeder 18 jaar of ouder zijn als zij bij het AMW terechtkomt. Onder de 18 jaar is de meer logische lijn om hulp te krijgen via Jeugdhulpinstellingen. Er is geen richtlijn voor maatschappelijk werkers met betrekking tot tienermoeders of onbedoelde zwangerschappen.

Organisatie: stichting MEE
Interventie: Opvoedondersteuning, hulp bij opvoedvragen
Werkgebied: Landelijk
Doelgroep: Alle (aanstaande) ouders met een beperking die vragen hebben over opvoeden en opgroeien.
Specifieke doelgroep: Tieners met een beperking
Bereik: Onbekend
Omschrijving: MEE ondersteunt mensen met een beperking. MEE Nederland is de branchevereniging van 22 regionale MEE-organisaties. Deze 22 MEE-organisaties zijn verspreid over Nederland. MEE ondersteunt ook tieners met een beperking die (onbedoeld) zwanger zijn of die tienermoeder worden. MEE Nederland heeft geen cijfers over het aantal zwangere tieners, tienermoeders of tieners met een kinderwens dat jaarlijks door de regionale MEE's wordt begeleid. MEE veronderstelt dat bij veel tienermoeders sprake kan zijn van een (licht) verstandelijke beperking. De mate waarin regionale MEE's betrokken worden bij preventie, begeleiding en doorverwijzing naar zorg van zwangere tieners of tienermoeders, verschilt sterk. In veel regio's is MEE geen vanzelfsprekende samenwerkings-partner voor de reguliere gezondheidszorg. De MEE's hebben bijvoorbeeld wel goede relaties met het (Voortgezet) Speciaal Onderwijs en Praktijk Onderwijs. MEE Nederland ziet de decentralisatie als een kans om begeleiding van mensen met een verstandelijke beperking in brede zin meer integraal te organiseren en kennis daarover te delen. In meerdere gemeenten neemt MEE bijvoorbeeld zitting in sociale wijkteams of jeugdteams.

Organisatie: Lokale Organisaties voor Jeugdgezondheidszorg
Interventie: Stevig Ouderschap
Werkgebied: Landelijk
Doelgroep: De doelgroep bestaat uit gezinnen met een pasgeboren kind, die zijn geselecteerd op basis van een aantal risicofactoren. De interventie eindigt als het kind 18 maanden oud is.
Specifieke doelgroep: Ouders die op basis van risicofactoren zijn geselecteerd
Bereik: 147 gemeenten in Nederland. In 2013 hebben in Zuid-Holland 1.348 gezinnen deelgenomen aan de interventie. Van de geselecteerde gemeenten heeft alleen Den Haag de interventie ingekocht.
Omschrijving: Stevig Ouderschap is een programma voor opvoedondersteuning met als voornaamste doel het voorkomen van ernstige opvoedingsproblemen. Stevig Ouderschap kan door elke gemeente in Nederland ingezet worden. Momenteel is in 35% van de Nederlandse gemeenten Stevig Ouderschap aanwezig (ongeveer 147 gemeenten). Deelname wordt gebaseerd op een ingevulde vragenlijst en inschatting van risicofactoren; jong moederschap is één van de risicofactoren. Het programma is niet specifiek gericht op tienermoeders. Stevig Ouderschap bestaat uit zes preventieve huisbezoeken, afgelegd door een JGZ-verpleegkundige in gezinnen met een pasgeboren

kind gedurende de eerste 18 maanden. Bestemd voor gezinnen met een verhoogd risico op opvoedingsproblematiek. Het doel is het verkleinen van het risico op ernstige opvoedingsproblemen.

De door middel van een vragenlijst geselecteerde gezinnen krijgen zes huisbezoeken door een verpleegkundige van de jeugdgezondheidszorg (JGZ).

De bezoeken vinden plaats bij de kinderleeftijd van zes weken en 3, 6, 9, 12 en 18 maanden. Tussen het 5e en 6e huisbezoek is er een telefonisch consult. Duur van de huisbezoeken is circa 90 minuten. De huisbezoeken zijn m.b.t. de volgende onderwerpen geprotocolleerd:

- hanteren van de eigen ontwikkelingsgeschiedenis;
- beleving van het ouderschap;
- verwachtingen t.a.v. de ontwikkeling van het kind;
- sociale steun;
- verwijzing naar juiste voorzieningen.

Daarnaast bevatten de huisbezoeken een cliëntgericht gedeelte dat wordt ingeleid door in te gaan op wat goed gaat in het leven van de moeder/ouders, wat zij willen veranderen/verbeteren, en hoe deze verandering gestalte kan krijgen.
De interventie is door het Nji beoordeeld als "goed onderbouwd".

Organisatie: Lokale Organisaties voor Jeugdgezondheidszorg
Interventie: VoorZorg
Werkgebied: Landelijk
Doelgroep: jonge vrouwen die zwanger zijn van hun eerste kind, met een lage opleiding, een laag inkomen, en daarbij diverse andere negatieve en risicofactoren, zoals huiselijk geweld in het verleden of in de huidige relatie, weinig sociale steun en een ongezonde leefstijl en/of roken, drugs en alcohol misbruik.
Specifieke doelgroep: jonge moeders, moeders met verhoogd risico op kindermishandeling
Bereik: 30 gemeenten, 0,5-1% van alle eerstgeborenen. Ter illustratie: VoorZorg Amsterdam heeft in focusgesprek aangegeven dat de gemiddelde leeftijd van hun cliënten 18 jaar is.
Omschrijving: VoorZorg is een interventie ter ondersteuning van gezinnen met risico's op opvoedingsproblemen. (afkomstig van Nurse Family Partnership). Gezinnen worden geselecteerd op basis van risicofactoren, waarbij jong moederschap als één van de factoren wordt gezien, Ter illustratie: VoorZorg Amsterdam vermeldt dat de gemiddelde leeftijd van cliënten rond de 18 jaar ligt. De huisbezoeken binnen VoorZorg worden gedaan door een jeugdgezondheidszorgverpleegkundige. Het voornaamste doel van het programma is het voorkomen van kindermishandeling. VoorZorg wordt momenteel in ongeveer 30 gemeenten uitgevoerd. VoorZorg versterkt de mogelijkheden van de (aanstaande) moeders. In de huisbezoeken werken de verpleegkundigen met de deelneemsters (en eventueel de sociale omgeving) intensief aan de volgende 6 domeinen: (1) eigen gezondheid van de moeder, (2) gezondheid en veiligheid van de directe omgeving, (3) levensloopontwikkeling van de moeder, (4) rol van moeder als opvoeder in de verzorging van en interactie met het kind, (5) relatie met partner, familie en vrienden, (6) gebruik van (andere) gemeenschapsvoorzieningen. De interventie is door het Nji beoordeeld als "goed onderbouwd".

Organisatie: Home-Start
Interventie: Home-Start
Werkgebied: Landelijk
Doelgroep: ouders met ten minste één kind van zes jaar of jonger die behoefte hebben aan ondersteuning.
Specifieke doelgroep:
Bereik: Home-Start wordt inmiddels in 130 gemeenten aangeboden. Ruim 2.750 gezinnen worden gemiddeld een dagdeel per week ondersteund door 2.650 ervaren en getrainde vrijwilligers van Home-Start. Van de voor deze inventarisatie geselecteerde gemeenten hebben Den Haag, Den Helder, Deventer, Maastricht en Utrecht het programma Home-Start. Alleen Goeree-Overflakkee heeft het niet. Home-Start Den Helder en Maastricht hebben aangegeven in 2013 geen aanbod aan tienermoeders te hebben gedaan.
Omschrijving: Home-Start ondersteunt ouders bij de opvoeding van hun kinderen. Ervaren en getrainde vrijwilligers bieden ondersteuning, praktische hulp en vriendschap aan ouders, met ten minste één kind tot zeven jaar. De gezinnen geven zelf aan op welke gebieden zij steun wensen; hun vragen staan centraal. Home-Start wil met het programma het zelfvertrouwen van ouders vergroten en hun sociale relaties versterken. De interventie is door het Nji beoordeeld als "goed onderbouwd".

Organisatie: Moeders Informeren Moeders
Interventie: Moeders Informeren Moeders
Werkgebied: Landelijk
Doelgroep: Moeders Informeren Moeders is een aanbod voor moeders die voor de eerste keer een kind hebben gekregen en waarvan de baby tussen de 0 en 18 maanden oud is.
Specifieke doelgroep: Het programma geeft speciale aandacht aan allochtone moeders, moeders zonder toereikend sociaal netwerk, tienermoeders en moeders die tijdens of na de zwangerschap problemen hebben met hun eigen gezondheid en ontwikkeling of die van hun baby.
Bereik: 2% van de bereikte moeders is onder de 20 jaar, MIM wordt aangeboden in 21 gemeenten in Nederland. In totaal 836 moeders bereikt, dus 17 tienermoeders in totaal in Nederland. Gemeente Den Haag heeft als enige van de geselecteerde gemeenten MIM. Moeders van allerlei leeftijden doen mee met MIM. De groep MIM-moeders in de leeftijd van 25 tot en met 29 jaar was in 2013 het grootst, namelijk 33%. Daarna volgen respectievelijk de leeftijdsgroepen 30-34 jaar (30%), 35-40 jaar (17%) en 20-24 jaar (13%). De groep moeders jonger dan 20 jaar beslaat 2%, en de groep ouder dan 40 jaar beslaat 4%. 52% stopt eerder dan volledige traject, vanwege diverse redenen: voldoende vooruitgang, geen behoefte, verhuizing, geen tijd, baan/opleiding.
Omschrijving: Moeders Informeren Moeders (MIM) is een programma waarin huisbezoeken door moeders (vrijwilligers) worden afgelegd bij nieuwe moeders die een steuntje in de rug kunnen gebruiken betreffende opvoeding en moederschap. In 2013 is MIM in 21 gemeenten in Nederland aangeboden. Er zijn 836 moeders bereikt in 2013. Den Haag is de enige van de voor deze inventarisatie geselecteerde gemeenten waar de interventie wordt ingezet. Bij MIM is een specifiek bereik van 2% bij moeders onder de 20 jaar. MIM is een methodiek die aansluit bij de belevingswereld van moeders. Het is een ‘voor-en-door’-methode, die berust op de ervaringsdeskundigheid van de vrijwilligster. Die vrijwilligsters zijn ervaren moeders, die gepokt en gemazeld zijn in het opvoeden en verzorgen. Zij gaan maandelijks op bezoek bij moeders van een eerste kind. Ook kunnen er gezamenlijke activiteiten ondernomen worden. De interventie is door het Nji beoordeeld als "theoretische goed onderbouwd".

Organisatie: Humanitas DMH

Interventie: Jeugd en Gezin

Werkgebied: Landelijk

Doelgroep: Ouders met een verstandelijke beperking

Specifieke doelgroep: Ouders met een verstandelijke beperking

Bereik: Onbekend

Omschrijving:

De interventie Jeugd en gezin is op indicatie basis. Jonge moeders en tienermoeders kunnen er gebruik van maken, maar het is niet speciaal op hen gericht. Het gaat uiteindelijk om het bieden van opvoedvaardigheden aan ouders. Het tempo van het trainen van deze vaardigheden ligt laag. Het is per gemeente verschillend of ze de interventie inkopen. Nu alleen ingekocht door Den Haag van de geselecteerde gemeenten. Wat betreft jonge moeders is het een doelgroep die buiten de reguliere kaders van jeugdhulp valt. Humanitas DMH heeft in Barendrecht een gezinsopvang.

De interventie is gericht op veiligheid van het kind en het systeem. Specifiek gericht op het aansluiten bij het niveau van de ouders. Kleine stappen en werken via de LIRIK om opvoedondersteuning te bieden en het trainen van opvoedvaardigheden. Er is continu aandacht of de aanpak nog verantwoord is binnen het gezin of dat er andere maatregelen nodig zijn, de meest extreme maatregel is het kind uit huis plaatsen.

De doelgroep is alle ouders met een verstandelijke beperking. Er dient een indicatie te zijn van het CIZ, momenteel dus gefinancierd vanuit de AWBZ. Later zal dit door de gemeente gedaan moeten worden in het kader van de Wmo. Het traject is wisselend van intensiteit en er kan afschaling plaatsvinden, gemiddeld een jaar tot 1,5 jaar met 6 uur ondersteuning per week. De meeste gezinnen hebben multiproblemen met bijkomende problematiek rondom LVB.

De interventie bestaat uit observaties in de thuissituatie door middel van verschillende werkwijzen, waaronder video home training, sociale competenties en dergelijke. De eerste focus ligt op veiligheid van kind en systeem. De 2e focus ligt op stabilisatie van opvoeding, maar ook financiën en huisvesting. De 3e focus ligt op aanleren van opvoedvaardigheden. Er is sprake van een wachtlijst, meer aanmeldlijst, omdat er op indicaties gewacht moet worden.

Onderzoeksvraag 4: Opvang
Organisatie: Ambiq
Interventie: Ouder-kind behandelhuis
Werkgebied: Landelijk
Doelgroep: (Aanstaande) tiener- of jonge ouders LVB
Type opvang: Groepsopvang
Financiering: AWBZ
Capaciteit: 11 gezinnen
Omschrijving: Het ouder-kind behandelhuis (locaties in Almelo en Hoogeveen) is bedoeld voor jongeren of jongvolwassenen met een licht verstandelijke beperking die een kind verwachten of onlangs een kind gekregen hebben. Ambiq biedt een veilige woon- en behandelplek waar deze cliënten 24 uur per dag toegang hebben tot professionele en deskundige begeleiding. De begeleiding biedt de cliënt ondersteuning bij het jonge ouderschap, het vinden van een dagbesteding, het regelen van financiën en het opbouwen van een netwerk. Het is de bedoeling dat de jonge ouders binnen het ouder-kind behandelhuis klaargestoomd worden voor het (begeleid) zelfstandig wonen met hun kindje. Het ouder-kind behandelhuis biedt cliënten: • een tijdelijke woonplek met een eigen kamer en gezamenlijke voorzieningen (woonkamer, badkamer, keuken, washok, tuin). • ondersteuning en begeleiding bij het opbouwen van een veilige gehechtheidsrelatie met hun kindje, o.a. door middel van video-opnames. • 24 uur per dag toegang tot deskundige professionele begeleiders; dit is een uniek aanbod in de regio dat het mogelijk maakt de jonge moeders zeer intensief te begeleiden en te behandelen. • begeleiding en behandeling bij het aangaan van eigen problematiek. De jonge ouders zijn zelf verantwoordelijk voor de opvoeding van hun kindje, normen en waarden van de jonge ouders worden gerespecteerd. De cliënt krijgt bij aankomst een mentor toegewezen die samen met de cliënt doelen opstelt voor het verblijf in het ouder-kind behandelhuis. Samen wordt er elk half jaar gekeken of de doelen behaald worden. Om te kijken hoe het gaat met de cliënt en het kindje en hoe de hechting verloopt, worden er af en toe video-opnamen gemaakt en besproken. Ook wordt er mee gekeken als de cliënt met het kindje bezig is. Nieuwe vaardigheden die lastig zijn, worden samen geoefend. Het ouder-kind behandelhuis heeft nauwe contacten met het consultatiebureau, de huisarts, de wijkverpleegkundigen, de kraamzorg, de verloskundigen en het ziekenhuis.

Organisatie: Cardea Jeugdzorg
Interventie: Het Werkhotel
Werkgebied: Provincie Zuid-Holland
Doelgroep: (Aanstaande) tiener- of jonge ouders
Type opvang: Begeleid wonen
Financiering: Gemeente
Capaciteit: 7 gezinnen
Omschrijving: Het Werkhotel in Leiden van Cardea, waar ook (aanstaande) tiener- of jonge moeders worden opgevangen en begeleid. Het aanbod is niet specifiek voor de doelgroep. Het Werkhotel is er voor (zwerf) jongeren tussen de 18 en 25 jaar) waaronder ook jonge moeders /vaders met kinderen, hier hebben we voor de komende 2 jaar financiering voor gekregen vanuit de gemeente leiden. Dit aanbod is ambulant vaak in combinatie met wonen bij Cardea maar dan op eigen kosten. Dus zij betalen een woonvergoeding. Daar zijn twee panden voor jongeren met kinderen. Het is ook mogelijk om als vader met kind bij Cardea te verblijven.

Organisatie: Cardea Jeugdzorg
Interventie: Jong ouderschap, 24-uursbegeleiding
Werkgebied: Provincie Zuid-Holland
Doelgroep: (Aanstaande) tienermoeders
Type opvang: Groepsopvang
Financiering: Provincie
Capaciteit: 7 gezinnen
Omschrijving: Cardea biedt een 24-uursvoorziening voor moeders of aanstaande moeders onder de 18 jaar in een complexe situatie en/of met psychosociale gedragsproblemen. Vereist zijn: een dubbele indicatie Bureau Jeugdzorg (moeder en kind) of indicatie Jeugdzorg op kind, financiering van de gemeente op moeder en woonachtig in Zuid-Holland. Plaatsing is ook mogelijk met financiering door de gemeente waar de moeder ingeschreven staat. Ernstige verslavingsproblemen, psychiatrische problemen en een verstandelijke beperking zijn contra-indicaties. De jonge moeders hebben vaardigheidstekorten en kunnen hulpvragen hebben op verschillende levensgebieden zoals wonen, leren, werken, financiën, sociale vaardigheden en opvoedingsvaardigheden. De start is altijd een ambulant voortraject van 2 tot 6 weken waarin samen met de (aanstaande) moeder bepaald wordt welke begeleiding nodig is. De vraag van de (aanstaande) moeder vormt het uitgangspunt voor verdere hulpverlening. Daarbij wordt aansluiting gezocht bij de eigen kracht. Voor elke (aanstaande) moeder wordt een uitgebalanceerd hulptraject ‘op maat’ samengesteld. De hulp is opgedeeld in modules die op flexibele wijze kunnen worden ingezet.

Organisatie: Cardea Jeugdzorg
Interventie: Jong ouderschap, ambulante begeleiding op locatie Cardea
Werkgebied: Provincie Zuid-Holland
Doelgroep: (Aanstaande) tienermoeders
Type opvang: Begeleid wonen
Financiering: Provincie
Capaciteit: 5 gezinnen
Omschrijving: Dit is fase 3 van de interventie Jong ouderschap. Deze bestaat uit ambulante begeleiding met wonen voor de duur van maximaal 1,5 jaar. De locaties zijn geschikt voor twee (aanstaande) jonge moeders met kind(eren). De moeders wonen zelfstandig, zij krijgen begeleiding bij zelfstandigheid- en opvoedvaardigheden.

Organisatie: Centrum voor Dienstverlening Rotterdam (CvD)
Interventie: Boezemdwars
Werkgebied: Regio Rotterdam
Doelgroep: (Aanstaande) tiener- of jonge moeders
Type opvang: Begeleid wonen
Financiering: AWBZ
Capaciteit: 45 gezinnen
Omschrijving: In CVD Boezemdwars worden uitsluitend jonge moeders tussen de 18 en 23 jaar geplaatst. Zij huren een eenkamerwoning bij woningcorporatie Havensteder en hoeven geen voorzieningen te delen. CVD Boezemdwars bestaat uit 45 zelfstandige units voor moeders met één of twee kinderen. De begeleiding richt zich op zelfredzaamheid en opvoedingsondersteuning. 's Avonds en in het weekend is er geen begeleiding aanwezig. Iedere jongere die in een voorziening van CVD Jongeren wil wonen, moet duidelijk gemotiveerd zijn om aan zijn of haar situatie te werken. CVD verwacht dat hij of zij actief meedoet in het aangeboden programma en aan de begeleiding. Voor alle voorzieningen geldt dat de huurovereenkomst of gebruikersovereenkomst gekoppeld is aan de begeleidingsovereenkomst. Als de begeleidings-overeenkomst stopt, stopt ook de huur- of gebruikersovereenkomst. Alle jongeren hebben een AWBZ-indicatie klasse 2 of 3. Jongeren met acute psychiatrische problemen, een ernstige verslaving of een lichtelijk verstandelijke beperking komen niet in aanmerking voor begeleid wonen bij CVD Jongeren.

Organisatie: Querido (non response)
Interventie: Ambulant Jongerenteam Zuid/Nieuw- West
Werkgebied: Regio Amsterdam
Doelgroep: (Aanstaande) tiener- of jonge moeders
Type opvang: Begeleid wonen
Financiering: Gemeente
Capaciteit: 45 gezinnen
Omschrijving: Ambulante begeleiding aan (aanstaande) tiener- en jonge moeders in appartementen van Querido.

Organisatie: Intermetzo
Interventie: Moeder- en kindhuis
Werkgebied: Landelijk
Doelgroep: (Aanstaande) tiener moeders met gedragsproblematiek
Type opvang: Gesloten plaatsing
Financiering: Landelijke Jeugdzorgfinanciering en AWBZ
Capaciteit: 20 gezinnen
Omschrijving: Het moeder- & kindhuis is een gestructureerde, gefaseerde en gespecialiseerde behandel- en begeleidingsomgeving voor jonge moeders (12 t/m 23 jaar) en hun kinderen. Het moeder- & kindhuis is een voorziening voor gesloten jeugdzorg en is bestemd voor moeders met ernstige gedragsproblemen en of psychische problematiek. Zowel normaal intelligente moeders als LVB -moeders (plaatsing voor moeders met LVB-problematiek kan zonder machtiging, maar met AWBZ indicatie, dan wordt zij rechtstreeks op de open groep geplaatst). De gemiddelde leeftijd van de moeder is 16 jaar. Het aanbod heeft de volgende doelen: • verminderen individuele problematiek moeder; • verbeteren moeder-kind interactie; • vergroten opvoedvaardigheden; • vergroten sociale en praktische vaardigheden; • scholing; • verbeteren positie op de arbeidsmarkt. Na gesloten plaatsing doorloopt de moeder fases waarbij er in een leefgroep en in begeleid wonen wordt gewoond. Er wordt zo een beeld gevormd over of de moeder hoofdopvoeder kan zijn. Vaders van de kinderen worden gescreend op veiligheidsrisico's en, afhankelijk van de uitkomst, betrokken in de behandeling. Vaak lukt dat echter niet omdat ze uit beeld zijn, er een veiligheidsrisico is of omdat ze te ver weg wonen. Er wordt gedurende een half jaar nazorg geboden, zie ambulante begeleiding. Intermetzo hanteert een terugkeergarantie. Binnen het Moeder- & Kindhuis zijn er 14 plaatsen JZ+, 8 plaatsen AWBZ, 4 plaatsen zelfstandige wooneenheid (flatjes) en 5-7 plaatsen extramuraal. De bezettingsgraad varieert.

Organisatie: Kardera
Interventie: Begeleid wonen
Werkgebied: Landelijk
Doelgroep: (Aanstaande) tiener- of jonge moeders met huiselijk geweld problematiek
Type opvang: Begeleid wonen
Financiering: Gemeente en AWBZ
Capaciteit: 6 gezinnen
Omschrijving: Begeleid wonen specifiek voor jonge moeders (16 t/m 23 jaar) die te maken hebben gehad met huiselijk geweld (mishandelingsrelatie, loverboy problematiek, huiselijk geweld in de thuissituatie, etc.) en een hulpvraag hebben. Toeleiding gebeurt via het Steunpunt Huiselijk Geweld. Er is geen regio-bindingseis. Een indicatie is niet vereist, maar komt wel voor, bijv. via AWBZ. Tot ongeveer een jaar kunnen moeders met hun kind een woonruimte huren bij Kadera. Hulp wordt individueel geboden door een casemanager en met een wekelijkse groepsbijeenkomst. Ook de wijkverpleegkundige komt maandelijks op bezoek. Er is ketensamenwerking met o.a. het CJG. Na verblijf kunnen niet alle moeders zelfstandig wonen, soms wonen zij in een netwerk of in een instelling. Nazorg wordt geboden in de eerste drie maanden na verblijf. Andere hulp wordt zo nodig opgestart met een warme overdracht.

Organisatie: Kompaan de Bocht
Interventie: Seksespecifieke behandelgroep Lima
Werkgebied: Landelijk
Doelgroep: (Aanstaande) tienermoeders gedragsproblematiek
Type opvang: Groepsopvang
Financiering: Provincie
Capaciteit: 14 gezinnen (12 voor moeders met gedragsproblemen, 2 voor slachtoffers van loverboys)
Lima is een behandelgroep van Kompaan en De Bocht voor (aanstaande) tienermoeders (18-) met gedragsproblemen. Gewerkt wordt met een dubbele jeugdzorgindicatie (op moeder en kind). (Aanstaande) tienermoeders van 14-18 jaar. In Lima worden tieners behandeld die zwanger zijn of een kind hebben en waarbij sprake is van gedragsproblematiek. Daarnaast worden ook meiden geholpen die behoefte hebben aan zorg, omdat ze bijvoorbeeld slachtoffer zijn geworden van jeugdprostitutie. In het reguliere aanbod vrouwenopvang van Kompaan de Bocht kunnen jonge moeders opgevangen worden (bijvoorbeeld bij (dreiging van) eergerelateerd geweld). Na verblijf kunnen de moeders in een netwerk worden geplaatst of zelfstandig verder gaan. Na vertrek wordt seksespecifieke ambulante begeleiding geboden.

Organisatie: Kwintes
Interventie: Beschermd wonen tienermoeders
Werkgebied: Landelijk
Doelgroep: (Aanstaande) tiener- of jonge moeders GGZ
Type opvang: Beschermd wonen
Financiering: AWBZ
Capaciteit: 9 gezinnen
Omschrijving: Vrouwen in de leeftijd van 18 t/m 25 jaar met psychische problemen kunnen langdurig beschermd wonen bij Kwintes. Verblijf is enkel mogelijk met een AWBZ indicatie verblijf. Voor het kindje is er geen vergoeding. Verblijf en eten vanuit indicatie, niet voor kind.

Organisatie: Kwintes i.s.m. Youke
Interventie: Tienermoederopvang
Werkgebied: Regio Amersfoort en Utrecht
Doelgroep: (Aanstaande) tiener- of jonge moeders
Type opvang: Begeleid wonen
Financiering: Gemeente en AWBZ
Capaciteit: 9 gezinnen
Omschrijving: Kwintes biedt begeleid wonen aan vrouwen in de leeftijd van 18 t/m 25 jaar met één kind. Op een woonlocatie met 2 andere moeders leert de moeder onder begeleiding vaardigheden aan om samen met haar kind een zelfstandig bestaan op te bouwen. De tienermoeders wonen in een eengezinswoning bestaande uit 3 appartementen verdeeld over 3 verdiepingen. Werkgebied is regio Amersfoort. Kwintes werkt samen met Youke, een jeugdzorginstelling, die specifiek aandacht heeft voor moeder en kind. Kwintes heeft de regie over de begeleiding.

Organisatie: Leger des Heils
Interventie: Alleen Samen Hilversum
Werkgebied: Provincie Utrecht
Doelgroep: (Aanstaande) tiener- of jonge moeders LVB
Type opvang: Groepsopvang
Financiering: AWBZ
Capaciteit: 11 gezinnen
Omschrijving: Alleen Samen Hilversum is een orthopedagogisch behandelcentrum voor moeders met kinderen of zwangere vrouwen van 18 jaar en ouder, die dakloos zijn geraakt door huurschulden, mishandeling, scheiding of andere oorzaken. Het gaat om sociaal zwakkere vrouwen met complexe problematiek. Het aanwezig zijn van acute bedreiging is een contra-indicatie. Bij Alleen Samen is plaats voor 11 jonge (aanstaande) moeders (16-23 jaar) met een licht verstandelijke beperking (LVB) en hun kind(eren). Alleen Samen is een trainingshuis waar de moeder leert om zorg te dragen voor zichzelf en haar kind. Centraal in de behandeling staan hulpvragen op het gebied van de opvoeding en verzorging van haar kind(eren), woonvaardigheden, dagbesteding, financiën, sociale vaardigheden en mogelijk aanwezige gedragsproblematiek. De gemiddelde verblijfsduur binnen Alleen Samen is 1-2 jaar. Het einddoel van de

behandeling binnen Alleen Samen is het realiseren van doorstroom naar een zo zelfstandig mogelijke woonvorm. Aan dit einddoel wordt gewerkt door het bieden van een woonvorm met behandeling waarin de volgende aspecten centraal staan: • Vergroten van het niveau van sociale redzaamheid; • Versterken van de interactie tussen moeder en kind; • Aandacht voor de persoonlijke ontwikkeling van de moeder; • Het ontwikkelen van probleemoplossende vaardigheden; • Het leren nemen van verantwoordelijkheid voor eigen gedrag. Nazorg wordt geboden vanuit 10 voor de Toekomst. Een extramurale tak van het Leger des Heils. De begeleiding is gericht op stabilisering en het voorkomen van terugvallen.

Organisatie: Leger des Heils
Interventie: Alleen Samen Amsterdam
Werkgebied: Regio Amsterdam
Doelgroep: (Aanstaande) tiener- of jonge moeders LVB
Type opvang: Groepsopvang
Financiering: AWBZ
Capaciteit: 9 gezinnen
Omschrijving: Alleen Samen Amsterdam is een orthopedagogisch behandelcentrum in Amsterdam Noord. Bij Alleen Samen is plaats voor negen jonge (aanstaande) moeders (18-23 jaar) met een licht verstandelijke beperking (LVB) en hun kind(eren). Alleen Samen is een trainingshuis waar de moeder leert om zorg te dragen voor zichzelf en haar kind. Centraal in de behandeling staan hulpvragen op het gebied van de opvoeding en verzorging van haar kind(eren), woonvaardigheden, dagbesteding, financiën, sociale vaardigheden en mogelijk aanwezige gedragsproblematiek. De gemiddelde verblijfsduur binnen Alleen Samen is 1-2 jaar. Het einddoel van de behandeling binnen Alleen Samen is het realiseren van doorstroom naar een zo zelfstandig mogelijke woonvorm. Aan dit einddoel wordt gewerkt door het bieden van een woonvorm met behandeling waarin de volgende aspecten centraal staan: • Vergroten van het niveau van sociale redzaamheid; • Versterken van de interactie tussen moeder en kind; • Aandacht voor de persoonlijke ontwikkeling van de moeder; • Het ontwikkelen van probleemoplossende vaardigheden; • Het leren nemen van verantwoordelijkheid voor eigen gedrag.

Organisatie: Leger des Heils
Interventie: Vliet en Burgh: Zij aan Zij
Werkgebied: Regio Den Haag
Doelgroep: (Aanstaande) tiener- of jonge moeders LVB
Type opvang: Groepsopvang
Financiering: Provincie en AWBZ
Capaciteit: 10 gezinnen
Omschrijving De doelgroep van Zij aan Zij bestaat uit jonge (aanstaande) moeders onder de 23 jaar (ook 18-). Zij aan Zij richt zich met name op minderjarige (aanstaande) jonge moeders. De jonge moeders komen uit een complexe situatie waarbij onvoldoende tot geen ondersteunend netwerk is waarin de moeders begeleid kunnen worden naar zelfstandigheid. Vliet en Burgh biedt een veilige, gestructureerde, stimulerende leefomgeving voor de jonge moeder en haar kind, zodat de jonge moeder de ruimte krijgt om vaardigheden voor het ouderschap en voor zelfstandig wonen te leren. Bij de moeders kan sprake zijn van psychosociale gedragsproblematiek en/of van een licht verstandelijke beperking. De jonge moeders hebben vaardigheidstekorten en kunnen begeleidingsvragen hebben op de verschillende levensgebieden zoals wonen, leren, werken, financiën, sociale vaardigheden en opvoedingsvaardigheden. De jonge moeders moeten gemotiveerd zijn- of kunnen worden, om goed voor hun kind te willen zorgen en een nieuwe start te maken en de wens hebben om zelfstandig te wonen. Minderjarige jonge moeders hebben een Jeugdzorgindicatie. Meerderjarige jonge moeders hebben een verlengde Jeugdzorgindicatie of een AWBZ indicatie nodig en moeten in Zuid-Holland wonen om geplaatst te kunnen worden. De opvang is dit jaar geopend, de bezettingsgraad en gemiddelde verblijfsduur zijn daarom nog onbekend.

Organisatie: Lijn 5
Interventie: Lijn 5 flats
Werkgebied: Landelijk
Doelgroep: (Aanstaande) tiener- of jonge ouders LVB
Type opvang: Begeleid wonen
Financiering: AWBZ
Capaciteit: 8 gezinnen
Omschrijving: De Overflats is een behandelvorm voor jongeren met een licht verstandelijke beperking. De Overflats zijn 14 flats in de wijk Overvecht in Utrecht, 12 tweepersoons flats en 2 eenpersoons flats. Er is een moeder/kind afdeling, bedoeld voor jongvolwassen vrouwen (van 18-23 jaar) die zwanger of al bevallen zijn. Voor plaatsing is een AWBZ ZZP 2 of 3 indicatie nodig. Gezinsplaatsing is uitsluitend mogelijk als beide ouders een indicatie hebben.

Organisatie: Moviera
Interventie: Begeleid wonen
Werkgebied: Provincies Utrecht en Gelderland
Doelgroep: (Aanstaande) tiener- of jonge moeders met huiselijk geweld problematiek
Type opvang: Begeleid wonen
Financiering: Gemeente en AWBZ

Capaciteit: 14 gezinnen
Omschrijving: Voor meiden en jongvolwassen vrouwen van 14 tot 23 jaar. Dit is een trajectfase begeleid wonen na verblijf in de opvangvoorziening van Moviera.

Organisatie: Moviera
Interventie: Opvang
Werkgebied: Provincies Utrecht en Gelderland
Doelgroep: (Aanstaande) tiener- of jonge moeders met huiselijk geweld problematiek
Type opvang: Groepsopvang
Financiering: Gemeente en AWBZ
Capaciteit: 6 gezinnen
Omschrijving: Voor meiden en jongvolwassen vrouwen van 14 tot 23 jaar. Hulpverleners begeleiden hen op allerlei leefgebieden: zwangerschap en bevalling, ouderschap en opvoeding, dagbesteding (opleiding, werk), sociaal netwerk, financiën of huisvesting. In fasen wordt gewerkt aan zelfredzaamheid en zelfstandigheid. Daarna kunnen ze nog een jaar in een woning met begeleiding wonen. Gemiddeld duurt de begeleiding anderhalf jaar. Er zijn 20 opvangplaatsen (begeleid wonen en groepsopvang) voor jonge vrouwen die zeven maanden zwanger zijn – of al jong moeder – en hun kinderen. Voorheen was deze groepsopvang het Fiomhuis. Financiering gebeurt vanuit de Wmo, eventueel individueel aangevuld met AWBZ-gelden.

Organisatie: Pactum
Interventie: Ouder-kindvoorziening
Werkgebied: Provincie Overijssel
Doelgroep: (Aanstaande) tiener- of jonge moeders
Type opvang: Begeleid wonen
Financiering: Provincie
Capaciteit: 8 gezinnen
Omschrijving: Pactum is een jeugdzorgorganisatie die begeleid wonen en ambulante begeleiding biedt aan (aanstaande) tienermoeders. Pactum werkt op een jeugdzorgindicatie van het (ongeboren) kind. De (aanstaande) moeder heeft een huurcontract met begeleiding en betaalt huur.

Organisatie: Prokino
Interventie: Begeleid kamerbewoon-project
Werkgebied: Regio Rotterdam
Doelgroep: (Aanstaande) tiener- of jonge moeders
Type opvang: Begeleid wonen
Financiering: Gemeente
Capaciteit: 9 gezinnen
Omschrijving: Het begeleid kamerbewoon-project is voor jongeren (minderjarig) en jonge moeders ouder dan 18 jaar. Vaak gaat het om jongeren die dak- of thuisloos zijn of dreigen te raken. Prokino biedt de jongeren een gecombineerde aanpak van praktische ondersteuning op de gebieden wonen - leren – werken. Er is bewoning in gedeelde appartementen van Prokino.

Voor de jonge moeders komt daar ondersteuning bij rondom de combinatie van gezin met studie/ werk. Ze krijgen begeleiding bij de opvoeding van hun kind, het onderhouden van de relatie met hun partner en/of hun sociale netwerk. Zo worden vaders, ouders van de jonge moeder en andere belangrijke personen uit het netwerk betrokken bij de hulpverlening. Een indicatie en regiobinding regio Rotterdam zijn vereisten.

Organisatie: SDW
Interventie: Trainingshuis, ouders met kinderen
Werkgebied: Landelijk
Doelgroep: (Aanstaande) tiener- of jonge moeders LVB
Type opvang: Groepsopvang
Financiering: AWBZ
Capaciteit: 6 gezinnen
Omschrijving: SDW biedt tijdelijk verblijf in trainingswoningen in Hoogerheide en Roosendaal voor ouders met kinderen. Doel is de cliënt voor te bereiden op zelfstandig wonen. De begeleiding wordt systeemgericht geboden en er wordt in multidisciplinair verband samengewerkt met ketenpartners. Centraal staat dat kinderen recht hebben op contact met hun ouders. Ouderschap moet "goed genoeg" zijn en daarin krijgen ouders training.

Organisatie: Siriz
Interventie: Opvanghuis Gouda
Werkgebied: Landelijk
Doelgroep: (Aanstaande) tiener- of jonge moeders
Type opvang: Groepsopvang en begeleid wonen
Financiering: Landelijke financiering, AWBZ, gemeente en giften
Capaciteit: 8 gezinnen
Omschrijving: Siriz biedt opvang voor (aanstaande) jonge moeders voor een periode van maximaal negen maanden. Verslavingsproblematiek is een contra-indicatie. Bewoners hebben een persoonlijk begeleider die hen helpt met het aanbrengen van structuur in het dagelijks leven. Daarnaast heeft het huis een duidelijke dagstructuur en een groepsprogramma waar iedereen aan meedoet. Er zijn lesmodules op verschillende onderwerpen, zodat een jonge moeder na het verblijf zo zelfstandig mogelijk kan leven met haar kind. Siriz werkt fasegericht. Dat betekent, dat gaandeweg een bewoner meer zelfstandigheid en vrijheid krijgt. De laatste fase is begeleid wonen.

Organisatie: Stichting Driestroom
Interventie: Driestroomhuis 24/7
Werkgebied: Landelijk
Doelgroep: (Aanstaande) tiener- of jonge ouders LVB
Type opvang: Gezinshuis
Financiering: Provincie en AWBZ
Capaciteit: 8 gezinnen
Omschrijving: Jonge ouders met een verstandelijke beperking en eventueel psychiatrische problematiek, krijgen langdurige opvang en begeleiding. De jonge ouders wonen in een woning naast het huis van de gezinshuisouders. Naast ondersteuning van de gezinsouders is er begeleiding van woonbegeleiders. Er is groepswonen en er zijn twee appartementen. Eventueel is opvang van een gezin met vader, moeder en kind mogelijk. Financiering gebeurt in principe op AWBZ-indicatie, in sommige gevallen aangevuld met een indicatie BJZ. Er wordt kinderopvang aangeboden, zodat de moeders/vaders begeleiding en behandeling kunnen krijgen en onderwijs, dagbesteding of werk kunnen doen/volgen.

Organisatie: Stichting Driestroom
Interventie: Driestroomhuis Damaris
Werkgebied: Landelijk
Doelgroep: (Aanstaande) tiener- of jonge moeders LVB
Type opvang: Gezinshuis
Financiering: AWBZ
Capaciteit: 5 gezinnen
Omschrijving: Driestroomhuis Damaris is een doorstroomhuis voor jonge vrouwen/moeders in de leeftijd van 15 t/m 25 jaar met een IQ van 65 tot normaal begaafd. De jonge vrouwen/moeders ervaren grote problematiek in hun eigen ontwikkeling en kunnen geen beroep doen op een eigen netwerk. De nodige ondersteuning wordt geboden in de luwte van het gezin van de gezinshuisouders, zodat zij op eigen kracht kunnen functioneren in de maatschappij. Damaris biedt in samenwerking met Stichting de Driestroom kwaliteitszorg op basis van persoonsgebonden budget.

Organisatie: Stichting Safegroup
Interventie: Valkenhorst: Tienermoedergroep
Werkgebied: Landelijk
Doelgroep: (Aanstaande) tiener- of jonge moeders met huiselijk geweld problematiek
Type opvang: Groepsopvang
Financiering: Gemeente en AWBZ
Capaciteit: 6 gezinnen
Omschrijving: 24-uursvoorziening voor opvang en begeleiding van jonge vrouwen (tot 23 jaar, ook 18-) die zwanger zijn of kinderen hebben. De tiener(moeder) heeft in haar ontwikkeling dermate zware psychosociale problematiek meegemaakt dat zij niet in staat is om de bevalling en de eerste maanden van het ouderschap zelf vorm te geven. Bij sommige tiener(moeders) is er een vermoeden van een verstandelijke beperking. Begeleiding is zowel individueel als groepsgericht. Safegroup richt zich op vrouwen die te maken hebben (gehad) met huiselijk geweld. In principe geldt dat ook voor de jonge vrouwen die opgevangen worden in de tienermoedergroep, echter is het ook mogelijk om opvang te krijgen zonder dat deze problematiek aanwezig is. Werkgebied is Brabant, soms landelijk.

Organisatie: Stichting Wende
Interventie: Opvang voor jonge moeders
Werkgebied: Regio Den Haag
Doelgroep: (Aanstaande) tiener- of jonge moeders
Type opvang: Groepsopvang
Financiering: Gemeente
Capaciteit: 10 gezinnen
Omschrijving: Stichting Wende biedt opvang en begeleiding aan zwangere meiden (18- en 18 +) en (jonge) moeders (>18 <27 jaar) met kinderen die in moeilijkheden zijn geraakt, bijvoorbeeld met financiën, zelfstandig wonen of de opvoeding. Soms is er sprake van bedreiging of mishandeling, maar een veiligheidsvraag is geen aanmeldcriterium (code groen/oranje). Begeleiding is zowel individueel als groepsgericht. Voor kinderen is er specialistische begeleiding door ambulante hulpverleners van Stichting Jeugdformaat (Jeugd en opvoedhulp, stadsgewest). Duur verblijf is maximaal 9 maanden. Regiobinding Haaglanden. Onderwerpen van begeleiding: eigen huishouden, problemen op leefgebieden, ondersteuning vaardigheden, zelfstandig leven opbouwen en inrichten, veiligheid, kind krijgen: rust, netwerk vergroten.

Organisatie: Timon
Interventie: Geclusterd wonen
Werkgebied: Regio Amsterdam
Doelgroep: (Aanstaande) tiener- of jonge moeders
Type opvang: Begeleid wonen
Financiering: Gemeente en Provincie
Capaciteit: 25 gezinnen
Omschrijving: Zowel individuele als systeembegeleiding in combinatie met groepsgerichte trainingsprogramma's. Eén tot twee jaar in een voorziening voor begeleid wonen van Timon of een zelfstandig appartement in een woonwijk. Daarnaast vormen omwoners een sociaal netwerk van 'goede buren'. Daarna met urgentie zelfstandig wonen in contingent-woning met ambulante begeleiding. Na afronden begeleiding staat woning op eigen naam. Opvang wordt zowel aan minder- als aan meerderjarige (aanstaande) moeders geboden.

Organisatie: Timon
Interventie: Geclusterd wonen
Werkgebied: Regio Utrecht
Doelgroep: (Aanstaande) tiener- of jonge moeders
Type opvang: Begeleid wonen
Financiering: Gemeente en Provincie
Capaciteit: 32 gezinnen
Omschrijving: Zowel individuele als systeembegeleiding in combinatie met groepsgerichte trainingsprogramma's. Eén tot twee jaar in een voorziening voor begeleid wonen van Timon of een zelfstandig appartement in woonwijk. Daarnaast vormen omwoners een sociaal netwerk van 'goede buren'. Daarna met urgentie zelfstandig wonen in contingent-woning met ambulante begeleiding. Na afronden begeleiding staat woning op eigen naam. Opvang wordt zowel aan minder- als aan meerderjarige (aanstaande) moeders geboden.

Organisatie: Timon
Interventie: Geclusterd wonen
Werkgebied: Regio Rotterdam
Doelgroep: (Aanstaande) tiener- of jonge moeders
Type opvang: Begeleid wonen
Financiering: Gemeente en Provincie
Capaciteit: 55 gezinnen
Omschrijving: Zowel individuele als systeembegeleiding in combinatie met groepsgerichte trainingsprogramma's. Eén tot twee jaar in een voorziening voor begeleid wonen van Timon of een zelfstandig appartement in woonwijk. Daarnaast vormen omwoners een sociaal netwerk van 'goede buren'. Daarna met urgentie zelfstandig wonen in contingent-woning met ambulante begeleiding. Na afronden begeleiding staat woning op eigen naam. Opvang wordt zowel aan minder- als aan meerderjarige (aanstaande) moeders geboden.

Organisatie: Triade
Interventie: Triade Boschhuis Moeder-Kindhuis
Werkgebied: Provincie Flevoland
Doelgroep: (Aanstaande) tiener- of jonge moeders LVB
Type opvang: Begeleid wonen
Financiering: AWBZ en Provincie
Capaciteit: 23 gezinnen
Omschrijving: 24- uursvoorziening voor 23 jonge (aanstaande) moeders met een verstandelijke beperking of psychiatrische aandoening. Onderwerpen van begeleiding zijn: verzorgen en opvoeden; huishouden draaiende houden en omgaan met geld. Begeleiders zijn 24 uur per dag aanwezig. Indicatie BJZ of CIZ. Leeftijd doelgroep is zowel 18- als 18+. Er wordt gewerkt met dubbele indicaties (moeder en kind). Voor- en na verblijf is er een ambulant traject. Ambulante voortrajecten worden ingezet bij wachtlijsten. Nazorg is afhankelijk van behoefte. Ambulante begeleiders zijn dezelfde als de begeleiders tijdens verblijf. Jonge moeders wonen in een begeleid wonen vorm. Ze zijn zelf verantwoordelijk voor het uitvoeren van taken rondom opvoeding, huishouden, administratie. Zo veel mogelijk hebben de moeders dagbesteding in werk of scholing. Begeleiding is in de eerste fase van het verblijf en rondom de bevalling intensief (dagelijks), daarna is de intensiviteit van de behandeling afhankelijk van de behoefte van de moeder en het kind.

Organisatie: Vitree
Interventie: Het Ruim
Werkgebied: Landelijk
Doelgroep: (Aanstaande) tiener- of jonge moeders LVB
Type opvang: Begeleid wonen
Financiering: AWBZ
Capaciteit: 6 gezinnen
Omschrijving: Het Ruim is een gespecialiseerde behandelvorm voor jonge (aanstaande) ouders tot 23 jaar, met een licht verstandelijke beperking. Het gaat om jongeren (met kind) die niet bij hun ouders/verzorgers kunnen wonen en structuur en ondersteuning nodig hebben bij het ouderschap en zelfstandig functioneren. Het uitgangspunt is dat de jonge ouder de hoofdopvoeder blijft en leert zelfstandig te functioneren. De veiligheid van het kind staat hierbij voorop. Deze behandelvorm is niet geschikt voor jongeren met problematisch alcohol- en/of drugsgebruik, loverboy-problemen en ernstige psychiatrische problemen of ernstige veiligheidsproblemen. Ter ondersteuning van de jonge ouder is de aanwezigheid/rol van het sociale netwerk belangrijk. Daarom wordt door de persoonlijk begeleiders kennis gemaakt met ouders/verzorgers en de eventuele partner en maken afspraken met hen over hun rol. Opvang wordt geboden in een begeleid wonen vorm, in een veilige woonruimte (ingericht appartement) van Vitree, met een eigen ingang, in een woonwijk van Almere. Nadrukkelijk is deze vorm beschikbaar voor gezinnen (dus moeders/ en of vaders en hun kind). Een geldige AWBZ-indicatie is vereist (minimaal LVG ZZP 2).

Organisatie: Xonar
Interventie: Pleegzorg
Werkgebied: Provincie Limburg
Doelgroep: (Aanstaande) tiener- of jonge moeders
Type opvang: Pleeggezin
Financiering: Provincie
Capaciteit: onbekend
Omschrijving: Tienermoeders jonger dan 16 jaar worden bij voorkeur opgevangen in een pleeggezin. Voor de tienermoeder jonger dan 18 jaar is een indicatie "verblijf" nodig van Bureau Jeugdzorg.

Organisatie: Xonar
Interventie: Tienermoederopvang
Werkgebied: Provincie Limburg
Doelgroep: (Aanstaande) tiener- of jonge moeders
Type opvang: Begeleid wonen
Financiering: Gemeente, AWBZ en Provincie
Capaciteit: 8 gezinnen
Omschrijving: Xonar biedt ambulante hulp en residentiële opvang voor meiden en jongvolwassen vrouwen van 16-23 jaar, eventueel met psychiatrische problematiek. De opvang is voor vrouwen, er is een pilot gestart voor opvang aan jonge vaders. De tiener- en jonge moeders krijgen ondersteuning in het zelfstandig kunnen leven met kind. Er is aandacht voor de relaties van de tienermoeder en jonge moeder met haar ouders, familie, en vrienden. De vaak jonge vader wordt intensief betrokken in de hulpverlening en met name de moeder van de tiener/jonge moeder wordt betrokken. Opvang wordt geboden in zelfstandige appartementen in een appartementencomplex. Er is 24-uursbegeleiding aanwezig in een los appartement. De begeleiding gaat langs bij de tiener/ jonge moeder voor begeleidingscontacten. Xonar wil zo veel mogelijk ambulante hulp bieden. Bij een aanmelding voor residentiële opvang wordt eerst gekeken of er alternatieven zijn. Voor de tienermoeder jonger dan 18 jaar is een indicatie "verblijf" nodig van Bureau Jeugdzorg. Voor de jonge moeders ouder dan 18 jaar kan er een indicatie "begeleiding" AWBZ van het CIZ worden aangevraagd. Tijdens de opname en begeleiding van de tienermoeders en jonge moeders wordt er nauw samen gewerkt met andere organisaties, zoals Bureau Jeugdzorg, het consultatiebureau, de thuiszorg en Fiom. Vanuit deze organisaties is aanvullende ondersteuning mogelijk.

Bijlage 2 Overzicht opvangvoorzieningen naar indicatie en doelgroep

Hieronder volgt een tabel met daarin alle voorzieningen voor opvang aan (aanstaande) tiener- en jonge moeders. Er is te zien of gewerkt wordt met indicaties en wat de doelgroep is.

Naam organisatie en voorziening	Indicatie		Doelgroep			Specifieke Doelgroep
	Ja	Nee	Gezin	Moeder en kind	Vader en kind	
Ambiq						
Ouder-kind behandelhuis	x		x			(Aanstaande) tiener- of jonge ouders LVB
Cardea Jeugdzorg						
Het Werkhotel		x	x			(Aanstaande) tiener- of jonge ouders
Jong ouderschap, 24-uursbegeleiding	x			x		(Aanstaande) tienermoeders
Jong ouderschap, Ambulante begeleiding op locatie Cardea	x			x	x	(Aanstaande) tienermoeders of vaders
CVD						
Boezemdwars		x		x		(Aanstaande) tiener- of jonge moeders
HVO Querido						
Ambulant Jongerenteam Zuid/Nieuw- West		x		x		(Aanstaande) tiener- of jonge moeders
Intermetzo						
Moeder-en-kindhuis	x			x		(Aanstaande) tienermoeders met gedragsproblematiek
Kadera						
Begeleid wonen		x		x		(Aanstaande) tiener- of jonge moeders met huiselijk geweld problematiek
Kompaan de Bocht						
Seksespecifieke behandelgroep Lima	x			x		(Aanstaande) tienermoeders gedragsproblematiek
Kwintes						
Beschermd wonen tienermoeders	x			x		(Aanstaande) tiener- of jonge moeders GGZ
Kwintes, samenwerking met Youke						

Tienermoederopvang		x		x		(Aanstaande) tiener- of jonge moeders
Leger des Heils						
Alleen Samen Amersfoort	x			x		(Aanstaande) tiener- of jonge moeders LVB
Alleen Samen Amsterdam	x			x		(Aanstaande) tiener- of jonge moeders LVB
Vliet en Burgh: Zij aan Zij	x			x		(Aanstaande) tiener- of jonge moeders LVB
Lijn 5						
Lijn 5 flats	x		x			(Aanstaande) tiener- of jonge ouders LVB
Moviera						
Begeleid wonen		x		x		(Aanstaande) tiener- of jonge moeders met huiselijk geweld problematiek
Opvang		x		x		(Aanstaande) tiener- of jonge moeders met huiselijk geweld problematiek
Pactum						
Ouder-kindvoorziening	x			x		(Aanstaande) tiener- of jonge moeders
Prokino						
Begeleid kamerbewoon-project		x		x		(Aanstaande) tiener- of jonge moeders
SDW						
Ouders met kinderen, trainingshuis	x		x			(Aanstaande) tiener- of jonge ouders LVB
Siriz						
Opvanghuis Gouda		x		x		(Aanstaande) tiener- of jonge moeders
Stichting Driestroom						
Driestroomhuis 24/7	x		x			(Aanstaande) tiener- of jonge ouders LVB
Driestroomhuis Damaris	x			x		(Aanstaande) tiener- of jonge moeders LVB
Stichting Safegroup						
Valkenhorst: Tienermoedergroep	x			x		(Aanstaande) tiener- of jonge moeders met huiselijk geweld problematiek
Stichting Wende						
Opvang voor jonge moeders		x		x		(Aanstaande) tiener- of jonge moeders
Timon						
Geclusterd wonen (drie locaties)		x		x		(Aanstaande) tiener- of jonge moeders
Triade						

Traide Boschhuis Moeder-Kindhuis	x			x		(Aanstaande) tiener- of jonge moeders LVB
Vitree						
Het Ruim	x		x			(Aanstaande) tiener- of jonge ouders LVB
Xonar						
Pleegzorg	x			x		(Aanstaande) tiener moeders
Tienermoederopvang	x					(Aanstaande) tiener- of jonge moeders
Totaal	**19**	**14**	**6**	**24**	**1**	

* Vanwege bredere doelgroep zijn o.a. Vrouw-kind huis van Exodus, opvang door Stichting Nidos en Stichting Jade niet meegenomen in deze inventarisatie.

Bijlage 3 Inventarisatie aanbod bij gemeenten

Gemeente	Den Haag
Aantal en percentage tienermoeders	Aantal tienermoeders: 128 percentage: 0,2% (2014)
Specifiek beleid	Er is specifiek beleid. Er is geen aparte beleidsnota tienermoeders. Doelgroep tienermoeders valt deels (18+) onder volwassen (sociale zaken) en deels (18-) onder jeugdbeleid. Den Haag zet vooral in op preventie. Beleidsambtenaar heeft korte lijn met Loket Jonge Moeders (LJM). LJM organiseert gestructureerd netwerkoverleg waar casuïstiek en beleidsmatige zaken worden besproken. Hierdoor is er een goed werkende keten met korte lijnen. I.v.m. de transitie per 1 jan. 2015 is er samenwerking gezocht met de omliggende gemeente om zorg te dragen voor een sluitend aanbod in deze gemeenten.
Specifiek aanbod 1. Preventieve voorlichting 2. Voorlichting (ongewenst) zwangere tienermoeders en vaders 3. Ambulante hulp aan tienermoeders 4. Opvang voor tienermoeders	1. **GGD**: Voorlichting in samenwerking met Centrum 16/22 en JIP op scholen. Basisonderwijs en VO. Onderwerpen: weerbaarheid, grensoverschrijdend gedrag, pubertijd (groep 8), relaties. • SOA centrum (Sense): spreekuur en voorlichting aan jongeren tussen 14 en 21 jaar. • Toolkit vaders in ontwikkeling door GGD in samenwerking met Centrum 16-22. Doelgroep bovenbouw VO en onderbouw MBO. Doel: in gesprek met jongens over vaderschap. • Fiom Den Haag Grootstedelijk; Voorlichting op VMBO scholen: Zwanger, en dan? 2. **Fiom Den Haag Grootstedelijk**: keuzevoorlichting en keuzebegeleiding: • Jonge Moeder Loket; keuzevoorlichting en begeleiding. • Siriz (hulppost): Keuzevoorlichting en keuzebegeleiding. • CASA abortuskliniek Den Haag: Keuzevoorlichting. 3. **Fiom Den Haag Grootstedelijk**: biedt langdurige begeleiding tijdens zwangerschap en tijdens moederschap; biedt eveneens begeleiding bij (abortus)verwerking en nazorg voor 18-23 jarigen. • Siriz (hulppost): keuzebegeleiding en hulp bij uitdragen zwangerschap. • Jonge Moeder Loket; praktische ondersteuning (zoals huisvesting), financiële ondersteuning en sociale ondersteuning (onder andere contacten met andere jonge moeders).

	• Project Jong Escamp; huisvesting met ambulante begeleiding door CJG gezinscoach. • Woonproject studerende jonge moeders; huisvesting voor studerende jonge moeders en ambulante begeleiding. • Traject jonge studerende moeders van ROC Mondriaan. 4. Opvang Zij aan zij (Leger des heils) De Haven (Wende) Vliet en Burgh (Leger Des Heils)
Algemeen aanbod met aandachtspunten	1. 9 Maandenspel over gezond zwanger zijn; niet specifiek gericht op tienermoeders 2. – 3. **Stevig Ouderschap**, inclusief prenataal huisbezoek: zodra een zwangere bekend is bij de JGZ 0-4 die "een extra steuntje in de rug kan gebruiken", wordt Stevig Ouderschap met prenataal huisbezoek, aangeboden. **MIM**: moeders informeren moeders (zie bijlage 1) Homestart; **Homerun**: gericht op licht verstandelijk beperkte jongeren die in de reguliere zorg verstrikt zijn geraakt of dreigen te raken. Doel van Homerun is door trajectcoördinatie de ketenzorg en dienstverlening aan LVB-jongeren met multi-problematiek beter op elkaar af te stemmen. **JIT** Zorgjongerentrajecten: de belangrijkste doelstelling van zorgtrajecten is een zodanige ontwikkeling van de betrokken cliënt, dat deelname aan een -op betaald werk gericht- vervolgtraject mogelijk wordt. **Stichting Human Being**: voor Antilliaanse en Spaans sprekende moeders. Hulpverlening en toeleiding naar werk en scholing. **Impegno**; ambulante (gezins)begeleiding. 4. Opvang projecten van **Middin** (LVB doelgroep) en **Anton Constandse** (doelgroep psychiatrische diagnose)
Opvallende punten	Structureel overleg Loket Jonge Moeders: casuïstiek-besprekingen en beleidsmatig overleg. Korte lijnen tussen praktijk en beleid, en goede samenwerking. Aandacht voor opleiding op MBO: traject jonge studerende moeders van ROC Mondriaan en Woonproject studerende jonge moeders. Aandacht voor vaderschap: ontwikkeling Toolkit over vaderschap voor het onderwijs. Bereik jongeren bij voorlichtingen in 2013: • Sense: circa 880 jongeren tussen 14 en 21 jaar. • Fiom Den Haag Grootstedelijk; Voorlichting op VMBO scholen: Zwanger, en dan? Bereik: circa 80 jongeren.

Gemeente	Utrecht
Aantal en percentage tienermoeders	Aantal tienermoeders : 26 Percentage: 0,1% (2014)
Specifiek beleid	Specifiek beleid gericht op tienermoeders. Doelgroepomschrijving: jonge moeders in de leeftijd van 15-23 jaar. Tot het 18e levensjaar van de tienermoeder is er financiering voor ondersteuning vanuit de Jeugdwet, daarna vanuit de WMO. Focus beleid: sterke keten. Bij de gemeente is het aantal tienermoeders bekend. Een derde van de groep tienermoeders krijgt extra ondersteuning. Beleid is om alleen waar nodig extra begeleiding te bieden. Er is een conferentie georganiseerd door organisaties die hulp en opvang bieden aan tiener- en jonge moeders. Daar is gekeken welke hulp en ondersteuning door wijkteams geboden kan worden, waar overlap zit in aanbod en waar hiaten zijn. Hieruit zijn nog geen concrete acties gekomen.
Specifiek aanbod 1. Preventieve voorlichting 2. Voorlichting (ongewenst) zwangere tienermoeders en vaders 3. Ambulante hulp aan tienermoeders 4. Opvang voor tienermoeders	1. **Pretty Women** (Voorlichting VMBO en praktijkscholen, residentiële instellingen en begeleiding op aanvraag). **Sense** (GGD, op scholen op aanvraag). **Lente Kriebels** (Basisonderwijs). 2. **Vrelinghuis** abortuskliniek: keuze-informatie. **U Centraal** (Fiom grootstedelijk Utrecht): voorlichting, keuze-informatie en keuzebegeleiding. **U Centraal** (Fiom grootstedelijk Utrecht). Gespreksgroep na abortus. 3. **Timon** Gespreksgroep jonge moeders. **U Centraal** (Fiom grootstedelijk Utrecht): ambulante begeleiding tienermoeders. 4. **Timon** Crisisopvang, Groepsopvang, begeleid wonen. **Lijn 5** begeleid wonen jonge ouders met verstandelijke beperking. **Leger des Heils** (Amersfoort, werkgebied provincie Utrecht) groepsopvang LVB jonge moeders (vanaf 2015 niet meer in Provincie Utrecht). **Moviera** (huiselijk geweld) groepsopvang jonge moeders. **Moviera (**huiselijk geweld) begeleid wonen jonge moeders. **Kwintes** (Provincie Utrecht) groepsopvang. **Kwintes** (provincie Utrecht, landelijke functie) beschermd wonen langdurig jonge moeders
Algemeen aanbod met aandachtspunten	1. **Consultatiebureau** werkt met het Vlaggensysteem. Toeleiding: zodra een zwangere bekend is bij het consultatiebureau en ze is kwetsbaar dan wordt Voorzorg geboden. 3. **Voorzorg**, 20 begeleidingen op jaarbasis (niet alleen

	tienermoeders). **Amerpoort** gezinscoaching LVB, vaak jonge moeders. 4. **Zwerfjongerenopvang** heeft plek voor 21 zwerfjongeren, daar zitten soms ook jonge moeders tussen. **Parkwijk**, begeleid wonen LVB gezinnen, ook vaak jonge ouders
Opvallende punten	1. Preventieve voorlichting door **Pretty Women**. 2. Het bereik van voorlichting op scholen is onbekend. Er zijn zorgen over toeleiding kwetsbare doelgroepen vanuit uitvoeringsorganisaties. 3. Mogelijkheid om langdurige ondersteuning aan jonge moeders met een LVB te bieden wordt gemist. 4. Veel opvangvoorzieningen met bredere functie dan gemeente Utrecht. Veel huiselijk geweld en LVB. Geen jeugdzorg. Wel samenwerking **Youke** in Amersfoort. 4. Opname in Vrouwenopvang via centraal meldpunt. Veel toelatingscriteria, zoals huiselijk geweld. Hierdoor kunnen tienermoeders niet de hulp krijgen, die zij nodig hebben. Opvallend: Er zijn opvallend weinig tienermoeders in gemeente Utrecht. Er is een sterke keten en brede aandacht voor signalering en toeleiding LVB-ouders met mogelijk risico op opvoedingsproblemen. Opvallend: In provincie Utrecht veel opvang voor tienermoeders.

* Non respons: Bureau Jeugdzorg Utrecht

Gemeente	Maastricht
Aantal en percentage tienermoeders	Aantal tienermoeders: 34 percentage: 0,3% (2014)
Specifiek beleid	Maastricht voert inclusief beleid. Er is geen apart beleid voor tienermoeders. Het is onderdeel van het bestaand beleid ten aanzien van de Vrouwenopvang en Hulpverlening (voor de regio Maastricht Heuvelland en Westelijke Mijnstreek). Hulpverleners uit de diverse organisaties werken samen t.b.v. de doelgroep tienermoeders/jonge ouders: o.a. Trajekt (welzijnsorganisatie), BJz, AMK, Xonar, gespecialiseerde gezinshulp, Envida (JGZ 0-4). Er is geen structureel overleg maar indien nodig weten de organisaties elkaar goed te vinden. Bij multiprobleemgezinnen is er een structureel overleg om de 'vinger aan de pols te houden". **SMI**: (Sociaal Medische Indicatie) kan worden aangevraagd bij gemeente Maastricht voor extra ondersteuning van jonge moeders/vaders. Bijvoorbeeld voor gebruik kinderopvang, bij LVB ouders, of als er sprake is van een multiprobleemsituatie.
Specifiek aanbod 1. Preventieve voorlichting 2. Voorlichting (ongewenst) zwangere tienermoeders en vaders 3. Ambulante hulp aan tienermoeders 4. Opvang voor tienermoeders	1. **GGD met Sense** spreekuur in Maastricht 2. **(Fiom) lokaal** door particuliere praktijk **Casa Abortuskliniek** Maastricht: biedt tot 1 jan 2015 voorlichting over zwangerschap en chat mogelijkheid. Casa kliniek heeft tijd voor een consult met de cliënt verdubbeld om meer tijd te hebben om over besluitvorming in gesprek te gaan. 3. **Project Jonge Moeders**: door Trajekt (welzijnsorganisatie). • Wekelijkse themabijeenkomsten voor jonge moeders. • 1x per maand een lunchbijeenkomst voor jonge ouders. **Xonar**: ambulante begeleiding van jonge moeders tot 18 jaar. Wekelijks contact met jonge moeder. Methode Triple P, niveau 4. 4. **Vrouwenopvang De Putepeel van Xonar**: gecombineerde opvang (huiselijk geweld en tienermoeders tot 16 jaar).
Algemeen aanbod met aandachtspunten	**JGZ 0-4 (Envida)**: biedt prenataal huisbezoek op indicatie van verloskundige/gynaecoloog. **Methode Triple P niveau 3**: versterken van de eigen kracht van ouder(s) en ouderschap, door alle JGZ 0-4 verpleegkundigen (geen specifiek programma voor tienermoeders). **Samen Spelen**: project voor gezinnen met jonge kinderen, aandacht voor "samen spelen" in de thuissituatie en ter

	ondersteuning van de ouders, door Trajekt (geen specifiek programma voor tienermoeders). **Home start**: van Humanitas (geen specifiek programma voor tienermoeders).
Opvallende punten	Geen specifiek beleid, wel een aantal ambulante hulpprogramma's voor tienermoeders.

Gemeente	Deventer
Aantal en percentage tienermoeders	Aantal tienermoeders: 17 Percentage: 0,1%
Specifiek beleid	Nee, er is bewust geen doelgroepen beleid. Jeugdbeleidsplan Van Wieg tot Werk benoemt de doelgroep tienermoeders niet. Wel heeft de gemeente uitvoeringsorganisaties opdracht gegeven om tiener- of jonge moeders waar nodig te ondersteunen. Hierin is aandacht voor signalering en toeleiding vanuit het consultatiebureau (werkt o.a. met Vlaggensysteem), de jongerenwerkers (Rastergroep), scholen en zorgteams. Jongerenwerkers zijn op straat en hebben huiskamer-projecten op scholen. Jongerenwerkers werken outreachend en zetten zo nodig andere hulp in. Zorgteams op scholen zetten bij een tienerzwangerschap jongerenwerk in. Het jongerenwerk heeft een jonge moedergroep, waarin netwerkcontact centraal staat en eventueel meer ondersteuning door jongerenwerk geboden wordt. Bereik en specifieke inzet van seksuele voorlichting is onbekend. Verantwoordelijkheid ligt bij scholen en GGD. (Aanstaande) tienermoeders met meervoudige problematiek en/of een huisvestingsprobleem vallen onder zwerfjongerenaanpak. Bovendien is er vanuit de jeugdhulpverleningsorganisatie **Pactum** een ouder-kindvoorziening, die naast begeleid wonen plekken van de organisatie ambulante (na)zorg levert aan zelfstandig wonende tienermoeders. Per jaar zijn vijf contingent-woningen beschikbaar voor tienermoeders.
Specifiek aanbod 1. Preventieve voorlichting 2. Voorlichting (ongewenst) zwangere tienermoeders en vaders 3. Ambulante hulp aan tienermoeders 4. Opvang voor tienermoeders	1. **GGD** Jeugdverpleegkundige op scholen heeft aandacht voor seksuele ontwikkeling, gezondheidsonderzoeken EMOVO in klas 2 en 4. **Scholen** zetten zelf seksuele voorlichting in. Incidenteel kan hiervoor aanvullend budget bij het CJG worden aangevraagd. **Rastergroep** Meidengroepen jongerenwerk; aandacht voor seksualiteit en weerbaarheid. **Girls' talk**, uitgevoerd door jongerenwerk op ZMLK school. 2. Geen specifiek aanbod in stad Deventer. Verwezen naar aanbod in Zwolle: Zwolle Abortuskliniek. 3. **Verloskundige praktijk** Specifiek voorlichtings-programma voor jonge moeders over de zwangerschapsperiode (toeleiding door jongerenwerk en ervaringsdeskundigen). **Rastergroep** Jonge moedergroep, outreachend

	jongerenwerk in samenwerking met Pactum. Lotnotencontact, vrijwillige “oud” tienermoeders hebben maatjescontact. Verder groepsactiviteiten. Warme toeleiding naar voorlichting verloskundige praktijk. **Pactum** Ambulante begeleiding na opvang in begeleid wonen van Pactum (met jeugdzorgindicatie). **Intermetzo** ambulante begeleiding na verblijf in Intermetzo, alleen met dubbele jeugdzorgindicatie of AWBZ, bij ernstige gedragsproblematiek van de moeder. 4. **Pactum**, jeugdzorgorganisatie met begeleid wonen op locatie van Pactum.
Algemeen aanbod met aandachtspunten	3. **Consultatiebureau** werkt met het Vlaggensysteem. 4. **Contingent woningen**, 5 woningen beschikbaar per jaar voor jonge moeders vanuit Pactum.
Opvallende punten	3. Er wordt gewerkt met ervaringsdeskundige die tienermoeder zijn geweest. 4. **Pactum**, in vergelijking met andere opvang-voorzieningen, weinig aandacht voor individuele problematiek. Individuele begeleiding is vooral gericht op praktische hulp. Wel veel aandacht voor opvoeding en gehechtheid. Daarmee lijkt deze voorziening niet geschikt voor tienermoeders met een complexe problematiek. • Geen specifiek doelgroepenbeleid op papier, wel in uitvoering. Vanuit beleid is goed nagedacht hoe algemene voorzieningen passend gemaakt kunnen worden voor de doelgroep. Sterke ketenafspraken. Nadruk op lichte ondersteuning en zelfstandigheid. Alleen waar nodig inzet zwaardere zorg. • Geen specifieke afspraken omtrent aanvragen uitkering en andere tegemoetkomingen. Ambtenaar geeft aan dat er altijd maatwerk geboden wordt. Pactum geeft aan dat er knelpunten zijn met betrekking tot financiën en inkomen en zegt maatwerk te missen. Door strenge handhaving uitkeringsregels bouwt moeder in korte tijd schulden op. • Geen specifieke afspraken met onderwijs. maatwerk in dagbestedingstrajecten vanuit gemeente. Met onderwijs is het moeilijk om maatwerkafspraken te maken (dit is zowel door Intermetzo als Pactum benoemd). Reden zijn de strenge eisen vanuit onderwijsinspectie (aantal lesuren, etc.) • Mogelijkheid om langdurige ondersteuning aan jonge moeders met een LVB te bieden wordt gemist.

* Non respons: Bureau Jeugdzorg

Gemeente	Den Helder
Aantal en percentage tienermoeders	Aantal: 19 Percentage: 0,3% van meiden tot 20 jaar (2014)
Specifiek beleid	Er is geen specifiek beleid voor Den Helder.
Specifiek aanbod 1. Preventieve voorlichting 2. Voorlichting (ongewenst) zwangere tienermoeders en vaders 3. Ambulante hulp aan tienermoeders 4. Opvang voor tienermoeders	1. Het is onbekend welke preventieve voorlichting er geboden wordt. 2. Op de algemene CJG website is een tabblad jonge ouders en ook een tabblad voor onbedoeld zwangere meisjes. Daar wordt verwezen naar FIOM en website tienermoeders voor verdere informatie. 3. Er is geen specifieke ambulante hulp voor tienermoeders. Wel is er algemeen maatschappelijk werk wat aandacht besteed aan specifieke leefgebieden / probleem gebieden voor tienermoeders. 4. Er is geen specifieke opvang voor tienermoeders.
Algemeen aanbod met aandachtspunten	Het AMW heeft voor alle werksoorten uitgeschreven welke aandachtsgebieden er zijn voor tienermoeders: relatie partner, relatie ouders, nieuwe rol ouderschap, opleiding en werk, huisvesting, financiën, persoonlijke achtergrond (bijna altijd een verleden met Bureau Jeugdzorg). Home-Start is aanwezig in Den Helder, maar heeft in 2013 geen inzet gepleegd bij tienermoeders. In 2014 zijn er nu 2 jonge moeders waar Home-Start begeleiding biedt.
Opvallende punten	Er is aandacht geweest voor de problematiek omdat een huisarts had aangegeven veel tienermoeders te hebben. Uiteindelijk bleek het probleem mee te vallen. AMW vermoed dat lage SES in Den helder meer risico op tienermoederschap geeft. In beleidsnota's wordt niet verwezen naar tienermoeders. De gemeente heeft gesproken over VoorZorg maar dit niet ingekocht vanwege de kosten.

Gemeente	Goeree-Overflakkee
Aantal en percentage tienermoeders	Aantal tienermoeders: 6; Percentage 0,1% van de meiden tot 20 jaar (2014).
Specifiek beleid	Nee
Specifiek aanbod 1. Preventieve voorlichting 2. Voorlichting (ongewenst) zwangere tienermoeders en vaders 3. Ambulante hulp aan tienermoeders 4. Opvang voor tienermoeders	1. Preventieve voorlichting: CJG Rijnmond geeft op twee van de drie VO-scholen preventieve voorlichting aan alle derdeklassers i.s.m. met een verloskundige praktijk. Voorlichting betreft zowel technische aspecten van seksualiteit en zwangerschap als ook de weerbaarheid. Christelijke VO-school verzorgt eigen aanbod. GGD Rotterdam Rijnmond heeft voorlichting verzorgd op een van de twee ROC's. Het betreft reguliere voorlichting seksuele gezondheid met aandacht voor verschillende thema's waaronder voorkomen van ongeplande/ongewenste zwangerschap en anticonceptiegebruik. Op verzoek van de scholen, kan zowel CJG als GGD Rotterdam Rijnmond meer voorlichtingsactiviteiten aanbieden. Jongeren van Goeree-Overflakkee kunnen bij GGD Rotterdam Rijnmond terecht voor het Sense-spreekuur en Soa-consulten. Van het Sense-spreekuur heeft GGD Rotterdam Rijnmond geen goede registratiecijfers beschikbaar. In 2013 hebben 13 meisjes onder de 20 jaar gebruik gemaakt van de Soa-consulten. Deze meisjes hebben daar voorlichting gekregen over veilige seks en anticonceptie. GGD Rotterdam Rijnmond geeft aan dat het bereik van jongeren van Goeree-Overflakkee klein is, maar groeit (van 20 25-minners in 2009, naar 41 25-minners in 2013). Jongerenwerk wordt niet benoemd als locatie waar jongeren preventieve voorlichting kunnen krijgen. 2. CJG Rotterdam Rijnmond (locatie Middelharnis) en verloskundigen geven voorlichting aan zwangere tienermoeders. Er is geen standaard aanbod op het gebied van keuzebegeleiding. De website van het CJG verwijst bij onbedoelde zwangerschap naar FIOM en Siriz. 3. Voor zwangere tieners en tienermoeders zijn er preventieve huisbezoeken in samenwerking met de verloskundige praktijken en het Ziekenhuis. Als het CJG een melding (bv. via school of via huisarts) krijgt van een tienerzwangerschap, neemt een CJG-verpleegkundige contact op en gaat op huisbezoek. Er is geen Stevig Ouderschap (koopt gemeente niet in). Op Goeree Overflakkee kent men de aanpak Zorggezien. In deze aanpak wordt breed gekeken wat een zorggezin (in dit geval dus de tienermoeder) nodig heeft. De begeleiding betreft niet alleen de zwangerschap en/of gezondheid/welzijn kind, maar kijkt breed naar wat er nodig is (bv. hoe kan de tienermoeder toch haar school afmaken, hoe zijn financiën geregeld, heeft zij

	huisvesting). Alle tienermoeders op GO zijn in beeld bij het CJG. Soms is het nodig om contact op te nemen met BJz, bv. als de jonge moeder op straat is gezet door haar ouders, als zij een verstandelijke beperking heeft, of als er gevaar is voor de tiener of de foetus. Dan is er aanvullende zorg nodig, die via BJjz geregeld werd (tot 1/1/2015). 4. Opvang voor tienermoeders is niet aanwezig op Goeree Overflakkee. Als er (in 2013) via BJz een beroep werd gedaan op geïndiceerde jeugdzorg, is Trivium Lindenhof de aangewezen partner. Deze aanbieder heeft vanwege de geringe omvang van de doelgroep geen standaard aanbod. Als een tienermoeder naar TL wordt verwezen, wordt met het ambulante team een passend aanbod ingericht. Maatwerk. Het eigen sociaal netwerk van de tienermoeder wordt in stelling gebracht. Verder worden de vaardigheden van de tienermoeders in beeld gebracht: wat kan ze al en wat moet ze nog leren? Hulpverlening wordt heel praktisch gehouden. Als een tienermoeder niet in het eigen netwerk kan blijven en opgevangen moet worden, zal doorgeleid worden naar Den Haag, Gouda, Rotterdam of Dordrecht.
Algemeen aanbod met aandachtspunten	CJG Rotterdam Rijnmond is de belangrijkste uitvoerder van ambulante ondersteuning van zwangere tieners en tiener-moeders. CJG Rotterdam Rijnmond is tevreden met het aanbod dat tienermoeders aangeboden kan worden. Tienermoeders met hulpvragen krijgen een aanbod op maat. Gespecialiseerde opvang is niet nodig.
Opvallende punten	1. Aandachtspunt GGD Rotterdam Rijnmond: Er is een groep jongeren op Goeree Overflakkee die te weinig informatie krijgt. Het zijn met name streng gereformeerde jongeren die meer informatie nodig hebben. Zij krijgen deze informatie wel op school bij biologie, maar voor sommigen komt dat te laat of te vroeg. Ook is er sprake van gêne om hier (thuis of op school) vragen over te stellen. 4. Vanwege de kleine omvang van de doelgroep wordt op Goeree-Overflakkee de transformatiegedachte al in de praktijk gebracht. 1 – 4 Verschillende betrokkenen zijn niet of onvoldoende op de hoogte van het aanbod. Verantwoordelijke gemeenteambtenaar heeft dit onderwerp belegd bij het CJG en kan zelf geen inhoudelijke vragen beantwoorden. GGD noemt aanbod dat volgens CJG niet beschikbaar is.

Bijlage 4 verslagen focusgroepen en expertmeeting

Tijdens focusgroep bijeenkomsten zijn opvallende punten voorgelegd aan professionals van ambulante hulp en opvang en aan cliënten van ambulante hulp en opvang. Deze reflectie gaf verdieping op onze opvallende punten uit onze inventarisatie. Er zijn vijf focusgroep bijeenkomsten gehouden, te weten:

- 20 november 2014: focusgroep met drie cliënten van Woonproject Studerende Jonge Moeders in Den Haag.
- 24 november 2014: focusgroep met vijf cliënten van jonge moeder opvang Siriz in Gouda.
- 11 december 2014: focusgroep met vier cliënten uit opvang Kadera in Zwolle.
- 27 november 2014: focusgroep met 12 professionals werkzaam in de opvang met tienermoeders.
- 27 november 2014: focusgroep met zes professionals werkzaam in de ambulante hulp aan tienermoeders in Den Haag en landelijk.

De bundeling van opvallende punten is tijdens een expertmeeting voorgelegd aan experts.
- 8 december 2014: Expertmeeting met 18 experts op het gebied van voorlichting, besluitvorming, ambulante hulp en opvang aan tienermoeders.

4.1 Verslag focusgroep Steunpunt studerende moeders Den Haag

Datum: 20 november 2014
Aanwezig: drie (aanstaande) jonge moeders (i.v.m. privacy geen volledige namen): Su, Mi, Ta en een vriend van Ta.
JSO: Rieneke de Groot en Irene van Staalduinen

We hebben studerende jonge moeders die wonen op de woonlocatie van Steunpunt studerende moeders in Den Haag opgezocht en gevraagd wat voor hen belangrijk was toen ze zwanger werden en wat voor hen belangrijk is nu ze moeder zijn. Waar lopen ze tegen aan en wat gaat goed?

Woonproject studerende jonge moeders
Het woonproject voor studerende jonge moeders is een initiatief van stichting MOOI in samenwerking met woningbouwcorporatie DUWO. Het woonproject biedt begeleiding aan jonge moeders in Den Haag die een opleiding willen volgen en afronden, waarbij een lichte vorm van ondersteuning nodig is om zelfstandig te kunnen wonen.
In het woonproject wonen zes jonge moeders en hun kind. Voorzieningen zijn gedeeld. Het pand staat in de omgeving van hun opleidingsinstituut (ROC Mondriaan of de Haagse Hogeschool).
Onder begeleiding leren de jonge moeders de zorg voor het kind en het volgen van een opleiding te combineren. Aandachtspunten zijn het voeren van een zelfstandig huishouden, de opvoeding van het kind, het sociaal netwerk en sociale vaardigheden.

De jonge moeders
Su en Mi hebben allebei een dochtertje, ze wonen al ongeveer negen maanden in het huis. Ta is zwanger en verwacht binnen een paar weken haar baby.
Su is 20 jaar en volgt een MBO opleiding bij ROC Mondriaan. Mi is 22 jaar en volgt een MBO mode opleiding bij Mondriaan. Ta is 23 jaar en volgt de opleiding Pabo aan de Haagse Hogeschool.

Steun van familie en vrienden
De (aanstaande) jonge moeders geven aan dat ze, toen ze zwanger bleken te zijn, veel steun hebben gehad van hun familie en vrienden. En geven aan dat de steun van familie en vrienden het belangrijkst is.
Daarnaast geeft één van de jonge moeders aan dat ze veel heeft gehad aan de steun van de huisarts. Dit was vooral praktische steun. De huisarts heeft wel extra hulp aangeboden maar voor emotionele steun kon ze bij familie terecht.
Een andere jonge moeder is direct naar de verloskundige gegaan toen bleek dat ze zwanger was, de steun kreeg ze vooral van de familie.
Eén van de jonge moeders woonde bij haar tante waar ze veel steun van kreeg, maar kon daar niet langer blijven wonen vanwege de financiële situatie van haar tante.

Loket jonge moeders
Alle drie zijn de aanstaande moeders bij het woonproject terecht gekomen via het Loket jonge moeders. De jonge moeders geven aan dat het belangrijk is dat er goede informatie en voorlichting wordt gegeven over waar je hulp kunt krijgen als zwangere tiener en jonge moeder. Fiom zou op de scholen moeten zitten.

Steun van school
Op de MBO opleiding (ROC Mondriaan) wordt begeleiding gegeven aan jonge moeders. Er is een speciale moederklas. De jonge moeders ervaren dat er rekening mee wordt gehouden dat ze moeder zijn. Op de HBO opleiding wordt geen rekening gehouden met zwangerschap en moeder worden.

Ook een jonge moeder moet voldoende studiepunten halen om naar het volgende jaar te kunnen. Meer begrip en begeleiding op het HBO zou fijn zijn.

Voorlichting en steun

De jonge moeders vinden het fijn dat ze, op eigen verzoek, hulp kunnen krijgen op het moment dat het nodig is. De meeste dingen kunnen ze prima zelf regelen. Het is niet nodig dat er iedere week iemand op bezoek komt voor hulp, “alsof ze je controleren”.

De jonge moeders hebben goede ervaringen met het Consultatiebureau, er is extra aandacht voor ze, en ze kunnen er terecht met vragen.

Gratis anticonceptie en meer seksuele voorlichting

In iedere wijk zou een Rutgershuis met gratis anticonceptie en condooms terug moeten komen zoals het vroeger was: waar je anoniem en gratis voor anticonceptie terecht kunt. Dat zou helpen.

Toekomst

Als de baby 1 jaar oud is kunnen de jonge moeders een urgentie voor een huis aanvragen in Den Haag. Tot de tijd dat ze eigen woonruimte hebben gevonden, kunnen ze in het project wonen. Het is belangrijk voor de jonge moeders om snel een eigen huis te vinden en zelfstandig te gaan wonen. Het is echter moeilijk om een huis te kunnen huren omdat ze gebruik maken van studiefinanciering en dit wordt niet als inkomen gezien. Een huis huren is daardoor vaak onmogelijk, ook bij een particulier.

Financiële zorgen

De jonge moeders bouwen al snel een hoge (studie)schuld op. Met een baby zijn er meer kosten. Ze zouden juist geld apart willen zetten voor hun kind, voor later. De jonge moeders geven aan dat ze minder werkperspectief hebben.

4.2 Verslag focusgroep opvang Siriz

Datum:	24 november 2014
Aanwezig:	Vijf jonge moeders (i.v.m. privacy geen volledige namen): Es (22), Ka (16), Ri (22), Ja (25) en Gl (21)
JSO:	Rieneke de Groot en José Huzen

We hebben (aanstaande) jonge moeders gevraagd -die verblijven in opvanghuis Siriz in Gouda- welke tips ze hebben voor (aanstaande) tienermoeders, -vaders, netwerk, scholen en hulpverlening. Ze geven de tips aan de denkbeeldige Sofie (afbeelding 1). De tips zijn gegeven per fase van zwangerschap:

- *Seksuele voorlichting*: periode voor de zwangerschap, waarin er vragen zijn over seksualiteit, relaties, etc.;
- Het moment van zwangerschap en het *keuzemoment* (kind houden of aborteren);
- De periode gedurende de *zwangerschap*;
- Na de bevalling en tijdens *de eerste levensjaren van de baby*.

Afbeelding 1: Fases van zwangerschap van Sofie



De uitwerking van de tips wordt hieronder per fase gegeven. Daarbij zijn de antwoorden op onderwerp geclusterd en is aangegeven voor wie de tips bestemd zijn.

Seksuele voorlichting

De (aanstaande) jonge moeders geven aan dat seksualiteit en anticonceptie meer onderwerp van gesprek moeten zijn. Er wordt op school wel voorlichting gegeven, maar dat is beperkt. (Aanstaande)

jonge moeders zouden er graag over praten met hun eigen moeder en geven de moeder van Sofie dan ook als tip: praat over seksualiteit en anticonceptie.
Eén van de (aanstaande) jonge moeders zat niet op school, maar verbleef in een opvang. Zij had nooit seksuele voorlichting gehad, dat heeft ze gemist. Tip is: praat over seksualiteit en anticonceptie in opvanginstellingen en asielzoekerscentra.

Tegen Sofie willen de (aanstaande) jonge moeders zeggen dat ze de pil moet slikken. Zwanger worden en een kindje krijgen zonder goede basis en zonder afgeronde opleiding is ingewikkeld. “Begin niet te vroeg aan kinderen, zorg voor een afgeronde opleiding, een huis en een vaste relatie”.

Afbeelding 2: Tips aan Sofie



Keuzemoment

Als de (aanstaande) jonge moeders terugdenken aan het moment dat ze erachter kwamen dat ze zwanger waren komt bij allen naar boven hoe gestrest ze waren en bang om erover te praten. Stress is niet goed voor het ongeboren kindje, zeggen ze. Sofie willen ze dan ook meegegeven dat ze vooral moet praten met de vader van het kind en mensen uit haar omgeving. Als je te lang wacht met erover te praten kan je te laat zijn om abortus te plegen, mocht je dat willen.

Tips die hierover gegeven worden:

- Praat met de vader van het kindje: wat willen we? Is het kindje gewenst? Kunnen we het aan? Hoe gaan we het aanpakken? Denk na over erkenning van het kind.
- Praat met familie en vrienden;
- Praat met andere jonge moeders, die kunnen je vertellen wat je te wachten staat en ook waar je hulp kunt vinden;

- Praat met veel verschillende mensen, want er worden verschillende adviezen gegeven. Als je meer meningen hoort dan kan je je eigen besluit nemen.

Twee (aanstaande) jonge moeders benadrukten dat ze niet in het eigen netwerk over de zwangerschap konden praten, omdat seks voor het huwelijk is verboden. In de moskee is het niet bespreekbaar dat je ongehuwd zwanger bent. Eén van hen gaf aan dat het gevaarlijk was als ze er achter zouden komen. “Mensen worden boos en willen jou of je kind doodmaken”. Tegen Sofie willen ze zeggen: praat met Nederlanders over je zwangerschap, zorgen en twijfels.

(Aanstaande) jonge moeders merken op dat het voor Sofie belangrijk is om goed na te denken of ze het kind houden wil; wat heb je het kind te bieden? Als je voor abortus kiest moet je er wel achter staan. “Ik heb erg veel spijt van een eerdere abortus”, merkt een van de (aanstaande) jonge moeders op, die een abortus pleegde onder druk van haar vriend. Een andere jonge moeder gaf aan abortus te hebben gewild, maar ze was te laat (na 20 weken), waardoor het niet meer kon. Ze is erg bang voor geweld van haar familie en omgeving vanwege haar zwangerschap. Voorlichting in het asielzoekerscentrum en snelle hulp over de besluitvorming bij ongeplande zwangerschap is belangrijk.

Ook is belangrijk om na te denken of de vader wel een goede vader is. Heb je ruzie en is er geweld? Ga dan weg bij je vriend. Want geweld en ruzies zijn slecht voor de baby.

De basis voor Sofie en het kind vinden de (aanstaande) jonge moeders belangrijk. “Zorg dat Sofie een dak boven haar hoofd heeft en een inkomen.” Tips voor Sofie:
- Zorg dat je een huis hebt en een inkomen, kan je dat niet zelf verzorgen: zoek dan hulp;
- Zorg dat je je school hebt afgemaakt voor je aan kinderen begint;
- Ga naar een hulpverlenende instantie en vraag om hulp. (Aanstaande) jonge moeders hebben goede ervaringen met: Nidos, Centrum voor Jeugd en Gezin, Siriz;
- Zeker als er stress of gevaar is: zoek hulp!

De (aanstaande) jonge moeders hebben zelf de ervaring dat ze geen vast woonadres hadden toen ze zwanger waren. Ze vroegen hulp bij instanties. De ervaringen met hulp vragen verschillen, zo geeft een meisje aan dat ze haar verhaal aan een sociaal werker deed, die vervolgens zorgde voor opvang. Dit is een goede ervaring. Anderen geven aan dat het moeite kostte om de juiste hulp te vinden. Er zijn wachtlijsten voor het maatschappelijk werk, ze belden hulpnummers waar ze extra voor moesten betalen, werden steeds doorverwezen. (Aanstaande) jonge moeders merken op dat mishandelde vrouwen voorrang krijgen, ze weten te vertellen dat er aangiftes moeten worden gedaan om dit te bewijzen.

Tip aan hulpverleners:
- Neem (aanstaande) jonge moeders die om hulp vragen serieus, want als je zwanger bent en geen inkomen en geen huis hebt, dan heb je een probleem! Luister gelijk en onderneem actie. (Aanstaande) jonge moeders hoeven niet gelijk geld of een huis, dat is een misverstand. Ze willen gehoord en gesteund worden.
- Niet teveel verhuizen (b.v. van begeleid wonen waar geen kind mag wonen, naar crisisplek, naar opvangadres1 en opvangadres 2)
- Zorg dat duidelijk is waar je om hulp kunt vragen.

Tip van jonge moeders aan VWS:
- Zorg dat hulp aan zwangere (aanstaande) jonge moeders snel van de grond komt. Het moet duidelijker zijn waar je hulp kunt krijgen.

- Zorg voor een gratis telefoonnummer om hulp te vragen.

Verder willen de (aanstaande) jonge moeders Sofie meegegeven dat ze gezond moet leven: niet roken, geen alcohol, wel biefstuk eten en foliumzuur slikken. Werk niet teveel en beweeg voldoende!

Zwangerschap
(Aanstaande) jonge moeders willen Sofie meegegeven dat ze in de periode van haar zwangerschap bij familie en vrienden moet aankloppen voor hulp. Bereid je voor op het moederschap: lees in boeken, zoek op internet, doe een bevallingscursus. En heel belangrijk: betrek je partner!!!

Verder merken ze op dat Sofie veel praktische zaken moet regelen, zoals voldoende inkomen, financiële steun en een spaarcentje, de babyuitzet, een inschrijving bij een verloskundige, een verzekering, etc.

Regiobinding
Het is niet altijd duidelijk bij welke instantie je voor hulp terecht kunt. Verschillende (aanstaande) jonge moeders merken op dat ze moeite hadden met het vinden van de juiste opvang, omdat in de eigen regio opvang vol zat of ze niet konden voldoen aan de regels rondom regiobinding. Nu verblijven ze in een opvang ver van het eigen netwerk, waardoor die weinig betrokken wordt. Een van de (aanstaande) jonge moeders is drie keer verhuisd tijdens haar zwangerschap en staat nu op de wachtlijst voor een volgende opvang in haar oude woonplaats.

Aan hulpverlener:
Opgemerkt wordt dat in de groep in de opvang veel onderlinge ruzies zijn. Begeleid wonen is wenselijker dan groepsopvang. Ook (aanstaande) jonge moeders die niet naar de opvang gaan en zelfstandig wonen hebben een mentor nodig als ze zelf geen steun van hun moeder krijgen.

Eerste levensjaren van de baby
Balans tussen school en/of werk en opvoeding:
School en werk zijn erg belangrijk. Aan hulpverleners geven (aanstaande) jonge moeders de tip: zorg dat Sofie naar school blijft gaan, school is heel erg belangrijk en een voorwaarde voor het opbouwen van een goede toekomst. Als een moeder veel taken heeft en het erg druk heeft dan kan ze de relatie met haar kindje verwaarlozen, zeggen de (aanstaande) jonge moeders.

(Aanstaande) jonge moeders geven aan dat ze zich zorgen maken over de veranderingen met studiefinanciering (wordt lening); kun je dan nog wel naar school? (Aanstaande) jonge moeders geven aan bang te zijn dat ze in de schulden komen.
Tip aan Sofie: "maak op school tijdens de zwangerschap al afspraken over zwangerschapsverlof".

Gehechtheid
De gehechtheid/opvoedingsrelatie met het kind is belangrijk. (Aanstaande) jonge moeders willen hulpverleners meegegeven dat ondersteuning bij de omgang met de baby welkom is, want "je weet niet wat je moet doen". Aandachtspunt is de stress die veel (aanstaande) jonge moeders hebben, dat maakt een veilige hechting moeilijker.

Tegen de vader van de baby van Sofie willen de (aanstaande) jonge moeders zeggen dat hij de erkenning moet regelen.

Voor de hulpverlener:
Luister naar (aanstaande) jonge moeders en geef tips en adviezen. (Aanstaande) jonge moeders moeten nog leren met de baby om te gaan. Let er wel op dat je goed luistert en niet betweterig doet. Eén van de (aanstaande) jonge moeders zegt: “hulpverleners denken dat ik gek ben, ze doen kleinerend en hebben een oordeel, omdat ik jong ben.”

Andere tips:

- Stel moeders gerust;
- Help met praktische zaken: help met regelen crèche;
- Tips zijn welkom als je het positief brengt.

4.3 Verslag focusgroep tienermoeders opvang Kadera

Verslag focusgroep jonge moeders Zwolle
Woensdag 10 december 11.00 uur - 12.30 uur

Aanwezig: Ma, Ro, Me en Ku en Diana (begeleider)

Begeleid wonen van Kadera heeft zes appartementen voor jonge (aanstaande) moeders die te maken hebben (gehad) met huiselijk geweld. In het gebouw is een steunpunt gevestigd waar begeleiding aanwezig is.

De jonge moeders
Ma en Ro wonen hier nu ongeveer vier maanden. Ma komt oorspronkelijk uit Leeuwarden en Ro uit Enschede. Me is een voormalig bewoonster (komt uit Zwolle) en Ku (komt oorspronkelijk uit Arnhem) woont hier nu een week. Me heeft hier twee jaar gewoond. Haar eerst kind is vier jaar en ze is nu zwanger van een tweede. Deze locatie is op een geheim adres vanwege veiligheidsrisico's. Alle moeders hebben een geweldservaring, veelal binnen hun relatie met de vader van hun kinderen.

Ro heeft haar eerste kind verloren en heeft nu een tweede (en dus enige) kind. Twee van de moeders waren onbedoeld zwanger en twee hadden de zwangerschap gepland. Geen van de moeders gebruikten anticonceptie. Geen specifieke reden waarom niet, gewoon jong. De moeders zeggen wel dat er betere voorlichting zou moeten komen over anticonceptie omdat veel meiden er te weinig van weten en het niet correct gebruiken. Voor de moeders was abortus geen optie. Eén moeder vertelde later dat ze op 18-jarige leeftijd een abortus heeft ondergaan.

Een paar jonge moeders hebben hun school afgemaakt. Eén moeder heeft school later afgerond. Alle moeders hebben een vorm van uitkering.

Informatie
De moeders zoeken veel informatie zelf uit, bijvoorbeeld via internet. Momenteel is het vooral de begeleider waar veel aan wordt gevraagd. De moeders geven aan dat niemand zeker is over het moeder zijn en het opvoeden van een kind. Wel hebben ze gemerkt dat ze meer volwassen zijn geworden tijdens de zwangerschap. Enkele van de moeders hebben contact gehad met Steunpunt Huiselijk Geweld, zo zijn ze aan informatie gekomen over onder andere dit woonproject.

Hulpverleningsgeschiedenis
Alle moeders hebben te maken gehad met jeugdhulpverlening. Deze jonge moeders hebben zelf ook een jonge moeder. De moeders denken zelf ook dat het vaker voorkomt bij meiden die in de hulpverlening hebben gezeten. Deze meiden zijn kwetsbaar en hebben vaak foute vriendjes, volgens één van de moeders azen die jongens hier op.

Deze moeders konden niet meer thuis wonen. En thuis wonen (bij ouders) moet alleen als de situatie dat toelaat, dus niet bij ouders die zelf veel problemen hebben. Drie moeders hebben zelf ervaring met Bureau Jeugdzorg. Voor één moeder ging het om zorgen voor het kind. Andere moeders waren zelf al vroeg het huis uit. Ook heeft een moeder zelf hulp gevraagd en daar was jeugdzorg voor nodig (OIG en Ouderschap blijft). Volgens de moeders is er wel angst dat jeugdzorg in je verleden gaat wroeten en vaak is er toch angst dat Bureau Jeugdzorg je kind weg haalt. Moeders zien wel een verschil als de hulp vrijwillig is of plaats vindt binnen gedwongen kader.

Positieve benadering
De moeders vinden het fijn als ze in een opvang of woonproject zitten waar ook andere jonge moeder zijn. Ze vinden het contact met lotgenoten prettig. De benadering van de begeleiding is anders dan in de volwassenenopvang, meer zorgend. De begeleiding binnen dit project heeft een hele positieve benadering. De begeleiding gaat uit van wat de moeders al kunnen en wat ze goed doen in plaats van de focus leggen op wat er niet goed gaat. Er wordt gevraagd wat de jonge moeders zelf willen leren in plaats van dat er zaken worden opgelegd. De moeders hebben dit gemist in de jeugdhulpverlening, waar ze steeds hoorden wat ze nog moesten leren en nog niet goed deden. Over zichzelf zeggen ze dat ze weinig zelfvertrouwen hebben. Verder is een “klik” hebben met de begeleider belangrijk. Als die klik er is neem je als jonge moeder eerder iets aan van de begeleider.

Algemene voorzieningen
Zwolle is redelijk uniek wat betreft aanpak van de gemeente. De gemeente vergoedt bijvoorbeeld voor jonge moeders de kinderopvang, maar dat is niet overal zo. Jonge moeders die begeleiding krijgen, komen ook in aanmerking voor een spoeduitkering, zodat financiële zaken snel geregeld kunnen zijn.

Ondersteuningsbehoefte
De moeders is gevraagd wat voor hulp er nodig is. Voor hen is belangrijk dat er gekeken wordt naar ***maatwerk***. Wat heeft de jonge moeder echt nodig in plaats van alles aanbieden in standaard trajecten. Aandachtspunt is dat jonge moeders zelf niet op tijd om hulp vragen, de begeleiding moet initiatief nemen.

Hulpverleningsinstellingen en woonvoorzieningen zijn zakelijk ingericht. Jonge moeders hebben behoefte aan ***huiselijkheid***. Gevraagd is of een gezinshuis een passende manier van opvang is, hierop is bevestigend geantwoord.

Gevraagd is wat de moeders zouden doen/veranderen als zij het een dag voor het zeggen zouden hebben:

- plekken; meer ***plekken voor opvang*** voor jonge moeders, maar gedifferentieerd. Niet alleen groepswoningen, maar ook zelfstandige woonvormen met begeleiding, dit is weer afhankelijk van wat de jonge moeder nodig heeft. Er zijn teveel eisen voor toelating, bijvoorbeeld een veiligheidsvraag of LVB, hierdoor is de hulp niet toegankelijk voor eenieder die het nodig heeft.
- Betere ***voorlichting over anticonceptie*** gebruik. De moeders zijn het er niet over eens of er seksuele voorlichting moet worden gegeven. De ene moeder heeft weinig voorlichting gehad en het niet gemist. Een ander had voorlichting op jonge leeftijd en is door die voorlichting eerder aan seks begonnen, het maakte haar nieuwsgierig.
- Cursussen; ***voorlichting over moederschap***, dingen waar jonge moeders tegen aan kunnen lopen. “Alle jonge moeders zijn onzeker over de opvoeding.” Op een laagdrempelige manier aanbieden en een breed scala aan onderwerpen waar jonge moeders informatie over willen. Het is fijn om dat van andere (ex)jonge moeders te horen.

- Financieel;
  - Men heeft het idee dat er nu veel ***bezuinigd*** wordt en er dus belangrijke plekken verdwijnen.
  - Maar ook ***studievergoeding***, nu is het bijna niet te combineren als jonge moeder om ook nog een opleiding te doen.

    - En er moet gezorgd worden dat jongeren minder snel ***schulden*** kunnen maken. Vanaf 18 jaar mogen jongeren contracten afsluiten en rood staan op de bank. Ze bouwen dan in korte tijd veel schulden op. Als de jongere dan jong zwanger wordt is het moeilijk om een zelfstandig leven op te bouwen. Ook wordt gezegd dat jongeren vanuit jeugdzorginstellingen of jonge moeders een huis aangeboden krijgen, maar de vraag is of al die jongeren en jonge moeders die (financiële) verantwoordelijkheid wel aan kunnen.
- ***Betaalbare huisvesting.***

Ervaringsdeskundigheid

Me is al actief als voorlichter en geeft trainingen aan professionals en voorlichting op scholen. Enkele van de jonge moeders willen graag hun ervaring inzetten voor andere jonge moeders. Ook zegt een jonge moeder dat het haar moeilijk lijkt en dat ze bang is dat ze de verhalen teveel mee naar huis neemt. We hebben afgesproken om de informatie over de training ervaringsdeskundigheid aan Diana te mailen zodat ze het kan doorspreken met de jonge moeders die interesse hebben.

4.4 Verslag focusgroep professionals in de opvang

Datum: 27 november 2014
12 Deelnemers:

• Zij aan Zij Leger des Heils Den Haag:	J. Wagener, M. Schipper
• Safegroep:	A. van Essen, S. Burgs
• Kadera:	D. Mohamed
• Cardea:	E. van Dijk, F. van Dillen
• Siriz:	J. van Garderen, L. Plas-Groeneveld
• SDW Kind-Jeugd en Gezin:	L. Gabriels-Goorden
• Humanitas Homerun:	N. van der Knaap
• Wende:	Y. de Vries
JSO:	José Huzen en Rieneke de Groot

Bij deze focusgroep bijeenkomst waren 12 deelnemers aanwezig van opvanglocaties uit het hele land. Tijdens deze bijeenkomst zijn opvallende punten uit de inventarisatie van de opvang gepresenteerd en hebben deelnemers hierop gereflecteerd.

1. Presentatie beeld opvang

De bijeenkomst is gestart met een presentatie van opvallende (knel)punten, overeenkomsten en verschillen die genoemd zijn tijdens telefonische interviews met medewerkers uit opvanginstellingen. Na de presentatie is gevraagd waar deelnemers zich in herkennen.

Herkenning:

- Zware belasting tienermoeder. Studie is belangrijk én een zware belasting door het jong ouderschap;
- Van focus op zelfstandig naar focus op zelfredzaam;
- Groepsopvang goed voor eerste observatieperiode en bij zeer jonge tienermoeders (of pleegouders), daarna fijn als het zelfstandig in groepswonen is;
- Fasegericht: verhuizingen zijn vervelend. Fasering heeft voor- en nadelen.

Aanvulling:

- Maak gebruik van ervaringsdeskundigheid;
- Maak gebruik van ketensamenwerking.

2. Discussie

De meest belangrijke onderwerpen zijn geprioriteerd en in groepen uitgewerkt/bediscussieerd. Vervolgens zijn aanbevelingen gedaan en conclusies getrokken. Hieronder volgt een korte weergave per onderwerp van de presentatie en de uitwerking van de groepen.

Doelgroep

Aanvulling focusgroep: Is specialistische zorg aan tienermoeders/tienerouders nodig?

Focusgroep brainstorm:

De doelgroep is multiproblem. Het is een doelgroep die heel jong een kind krijgt, weinig tot geen steun uit netwerk, onveilig netwerk, vaak financiële problemen. ***De zwangerschap biedt een kans*** om deze doelgroep te benaderen! Voor het kind. En voor de moeder om als motivatie voor het kind gedragsverandering te laten zien.

Belangrijk! ***Effectieve benadering*** in begeleiding: vanuit de relatie! Dit kan alleen bereikt worden door te investeren (om intergenerationele overdracht te voorkomen).

Methode

- Professionals geven aan veel behoefte te hebben aan het delen van methodieken, werkwijze en standaarden.
- Aanvulling focusgroep: Wat is beter? Wonen in een groep of begeleid wonen? Dit lijkt afhankelijk van de doelgroep.
- Opvang voor tienermoeders. Er is behoefte, maar zie het ook als kans om intergenerationele overdracht van problematiek te doorbreken.
- Ervaringsdeskundigen: wat zijn goede ervaringen met inzet van ervaringsdeskundigheid?

Focusgroep brainstorm:

- Seksualiteit: voorlichting: voorkomen dat de tienermoeder er nog een verantwoordelijkheid bij krijgt.
  - Werkt preventief op voorkomen vervolg ongeplande zwangerschap;
  - Herhaling door vaker terug te laten komen (standaard in begeleiding);
  - Training hulpverleners hierin;
  - Concreet en gericht op voorkomen volgende zwangerschap;
  - Niet: taboe blijven.
- Fasering: bewaakt overzicht voor cliënt, maar ook ***discussie*** of het goed werkt:
  - Is doelgericht met een klein aantal doelen, successen worden inzichtelijk;
  - Knelpunten: wonen in groepsverband maakt dat ze te veel op elkaar letten (fasering loopt ongelijk);
  - Demotiverend bij "terugzetting";
  - Deelnemers zijn enthousiast over de methodiek: Begeleid wonen met intensieve begeleiding. Groepsopvang is nuttig voor observatie en voor heel jonge tienermoeders.
  - Niet: afschaffen fasering.

Onderlinge afstemming

Ketensamenwerking: belang van goede ketensamenwerking wordt benadrukt. Zowel in hulpverlening voor, tijdens als na de opvang.

Focusgroep brainstorm:

Zorg voor ***goede afstemming in het netwerk***, maar ook met elkaar/ in keten:

- Afbakening: wie begeleid je, wie betrek je? Netwerk van alle tienermoeders of alleen van overbelaste tienermoeders in opvang?
- Systemisch werken kan in nabije omgeving/netwerk;
- Ook na de opvang systeem blijven betrekken;
- Duidelijker zijn in definiëring: van netwerk en systeem.

Behoefte om kennis te delen met elkaar. Zowel binnen eigen netwerk, als tienermoederopvang breed. Opvanglocaties hebben vaak een regionale focus: uitwisseling van good practices.

- Ga op zoek naar creatieve geldstromen: onderwijs, ondernemers, Brussel (komt geld beschikbaar voor innovatie in de hulp!);
- Wees **innovatief** in tijden van transitie.

Financiering

Focusgroep brainstorm:

- Angst voor / vraag om aandacht voor: geen vermindering van opvangplaatsen in het land;
- ***Koppel financiering los van het bed***. Hierdoor ontstaat er meer flexibiliteit in het aanbod
    - Bijvoorbeeld start ambulant (systeemgericht in de wijk), plus-pakketten en eventueel wonen (=opvang).
    - Na opvang: ambulant systeem gericht.
    - Wens: traject begeleiding gefinancierd.
    - Voordeel: makkelijker om crisisplaatsing te doen.
- Bovenregionale financiering (zoals bij jeugdreclassering en Raad van de Kinderbescherming);
- Basis financiering (t.b.v. je organisatie voor 24-uurs opvang /aantal bedden) + aantal trajectfinancieringen. Financiën voor lege bedden inzetten op ambulante trajecten (meer doen voor hetzelfde geld).

4.5 Verslag focusgroep professionals ambulante hulp

Datum: 27 november 2014
Deelnemers:

FIOM (Den Haag):	Karla Slotboom: FIOM (Den Haag)
Loket Jonge moeders (Den Haag):	Pauliene Boes
Siriz:	Nanja de loos
Siriz:	Esther Vlot (stagiaire)
Voorzorg (Amsterdam):	Phineke Kruythof
Moeders Informeren Moeders:	Betty Soeterboek
JSO:	Léon van Lier en Irene van Staalduinen

Landelijk aanbod
Het landelijk aanbod volgens aanwezige deelnemers:

Siriz
Siriz heeft een landelijke dekking met 17 hulpposten verdeeld over de verschillende provincies en is daarmee landelijk dekkend. Siriz was voorheen het VBOK. Siriz is (nog) niet zo bekend, en wordt daardoor nog weinig genoemd als instantie waar naar verwezen wordt. Een nieuwe hulppost van Siriz is in Houten geopend. Daar is een abortuskliniek geopend en Siriz gevraagd advies / hulp te bieden. Siriz ziet zichzelf als outreachend. Tienermoeders kunnen chatten, bellen en mailen. Het aanbod van Siriz is kosteloos.

Vereniging ter Bescherming van het Ongeboren Kind (VBOK) is als vereniging nog betrokken bij Siriz. De beeldvorming bij sommige organisaties is dat de werkwijze en doelstellingen van het VBOK (gevoelsmatig) meespelen in de werkwijze van Siriz.
Siriz is bekend met deze beeldvorming, maar geeft aan dat hier in de praktijk geen sprake van is. Er wordt bijvoorbeeld in beslissingsgesprekken niet aangestuurd op het houden van het kind. Het gaat om een weloverwogen beslissing die wordt gemaakt.

FIOM
Er zijn in basis twee type FIOM te onderscheiden. FIOM landelijk, profileert zich als kenniscentrum en biedt online hulp / advies. En vier grootstedelijke centra voor dienstverlening FIOM in Den Haag, Amsterdam , Utrecht en Rotterdam. Deze grootstedelijke bureaus vallen niet onder FIOM landelijk. Financiering van deze bureaus is gemeentelijk. In het land zijn ook FIOM die wel specialistische hulp bieden, maar dat zijn vaak ZZP verpleegkundigen die de hulp bieden, deze is niet gratis. Alle verschillende typen dragen misschien wel de naam FIOM, maar zijn in werkwijze wezenlijk anders. Specifiek FIOM Den Haag is redelijk flexibel wat betreft regiobinding en de begeleiding is kosteloos.

De website www.Tienermoeders.nl (website van Fiom landelijk) wordt volgens aanwezigen onvoldoende bijgehouden. De informatie die er op staat moet door de organisaties zelf worden aangeleverd. Zo heeft VoorZorg er zelf voor gezorgd dat ze op de website komen. Het aanbod op de website is niet actueel. FIOM landelijk heeft een update gepland voor volgend jaar.

Rotterdam heeft een Bureau Frontlijn, website www.bureaufrontlijn.nl, dat is eigenlijk een centrale website waar alle hulpvragen gesteld kunnen worden. Het is breder dan alleen opgroeien en opvoeden, gaat ook over dakloosheid en dagbesteding.

Siriz: alleen in Den Haag is een goed, structureel overleg tienermoeders, volgens Siriz is dit elders in Nederland niet geïnitieerd.

MIM

Deelnemers herkennen dat 2% van de vrouwen die bereikt worden met Moeders Informeren Moeders tienermoeders zijn. Dit lijkt misschien laag, maar is ook wel logisch. Als verklaring hiervoor stelt MIM dat veel tienermoeders nog thuis wonen en dus hun informele ondersteuning nog uit eigen netwerk kunnen halen. Daarnaast zegt MIM dat tienermoeders moeilijk te begeleiden zijn. Een deel van de deelnemers willen graag een jonge moeder, een deel wil liever een soort van oma over de vloer. Volgens MIM is het lastig om tienermoeders te bereiken, omdat:

- er vanwege de jonge leeftijd geen interesse is;
- thuiswonend;
- deel verblijft in de opvang.

MIM Den Haag belt alle moeders die hun eerste kind krijgen en doen het aanbod, het is uiteindelijk vrijwillig dus een tienermoeder kiest er uiteindelijk zelf voor.

Overig aanbod

VoorZorg

VoorZorg wil landelijk gaan werken, zij gaan onder een landelijke organisatie vallen.

VoorZorg Amsterdam hanteert 5 criteria:

1. jonger dan 25 jaar
2. 1e kind
3. laag opgeleid
4. Nederlandstalig
5. maximaal 28 weken zwanger

De insteek van de interventie is gezondheid. Het gaat hierbij over gezond eten en algehele gezondheid. De huisbezoeken worden gedaan door jeugdgezondheidszorg verpleegkundigen. Het programma spreekt meiden / vrouwen wel aan, volgens VoorZorg Amsterdam is de gemiddelde leeftijd 18-19 jaar. Ze worden aangemeld via de JGZ en Fiom, ook wel door verloskundigen en door huisartsen. Van de 100 deelnemers in Amsterdam (dat is de helft van alle deelnemers in Nederland), zitten veel tieners. Landelijke cijfers worden nog opgevraagd door Phineke Kruythof. VoorZorg is gebaseerd op een Amerikaans programma, namelijk Nurse Family Partnership. Hoofddoel van VoorZorg is voorkomen van kindermishandeling. Vanuit VoorZorg Amsterdam krijgen alle deelnemers, na afronding van het traject, het aanbod voor gratis langdurige anticonceptie d.m.v. een spiraaltje of 'prikpil'.

Stevig ouderschap

Stevig Ouderschap is een interventie met prenataal huisbezoek op indicatie verloskundige / gynaecoloog.

Alle ouders krijgen een formulier en moeten vragen invullen. Als er risicofactoren blijken, dan krijgen zij Stevig Ouderschap aangeboden. Stevig Ouderschap is minder intensief dan VoorZorg.

Stevig Ouderschap richt zich op de risicofactoren bij de ouders.

Deelnemers geven aan dat (herhaalde) abortus vaak ook bij tienermoeders (heeft ge)speelt, vanwege:

- Slecht gebruik anticonceptie (leefwijze);

- Soms willen tieners bij herhaalde onbedoelde zwangerschap deze zwangerschap wel uitdragen, vanwege veel verdriet van een eerdere abortus. Vaak gaat het dan om een onbewuste kinderwens.
- Door een kind te krijgen hopen zij hun vriendje aan zich te binden.

Deelnemers herkennen dat meiden zeggen dat ze ondanks de anticonceptie gewoon zwanger zijn geworden. Het Jonge Moeder Loket geeft daarbij wel aan dat anticonceptie en seks bij deze doelgroep moeilijk bespreekbaar is.

Aandachtspunten

Deelnemers geven de volgende aandachtspunten:

1. Heb extra aandacht voor de doelgroep Antilliaanse meisjes, met als redenen:

- Vaak hebben zij geen familie in Nederland, zij staan er alleen voor;
- Zoek aansluiting met hun cultuur;
- Geef voorlichting op Antillen / Suriname over hoe het in Nederland werkt.

2. Bovenregionale opvang

- Thuisloos en dan nergens terecht kunnen. Kon eerder bovenregionaal nog wel, nu met de transitie is er de angst dat gemeenten hun grenzen meer gaan sluiten.
- Kleine plaatsjes hebben geen mogelijkheid tot opvang;
- Tekort aan opvangplaatsen.

3. Betrek de vaders bij hulp aan tienermoeders

Het signaal is dat vaders vaak nog betrokken zijn en er is geen opvang is voor stellen. Soms kunnen meiden wel alleen ergens terecht, maar laagdrempelige huisvesting/opvang voor koppels is er niet. Bij Siriz kunnen aanstaande vaders ook terecht voor hulp en advies. Ook als er geen moeder in beeld is bij Siriz. VoorZorg besteedt ook aandacht aan vaders, maar in basis is de moeder de cliënt. FIOM merkt ook op dat er steeds vaker vaders meekomen naar de gesprekken en betrokken zijn binnen de begeleiding. Deelnemers zijn niet bekend met de voorlichting die er is voor aanstaande vaders. Dit is in basis een onderdeel van de website tienermoeders. Vaderdagtroffee, vanuit Louis Tavecchio, wordt wel genoemd.

4. Deelnemers zouden graag zien dat er meer voorlichting komt over wat een abortus met je doet. Bijvoorbeeld met behulp van ervaringsdeskundigen. Daarnaast is het idee dat bij jongeren boven de 21 jaar minder anticonceptie wordt gebruikt vanwege eigen bijdragen.

5. Voorlichting op gesloten afdelingen van jeugdhulp

Er zijn signalen dat meiden die uit de gesloten opvang komen, snel zwanger blijken te zijn als ze vrijkomen. Er is te weinig voorlichting over zwangerschap, moederschap en weerbaarheid.

4.6 Verslag expertmeeting

Datum: 8 december 2014
Deelnemers: 18 deelnemers:

Siriz:	W. de Groot
Fiom:	B. Manders
Soa Aids:	L. Schutte
Intermezzo:	mw. Schodeur en D. van Essen
Jes 030:	E. Berberoglu
GGD GHOR:	S. Goosen
Gezinshuisouders:	H. Tjalsma en M. Tjalsma
Cardea:	S. Flippo en E. van Dijk
Kompaan en de Bocht:	I. Verkooijen
GGD Amsterdam (Voorzorg):	J. van den Brink
Moviera:	K. van der Kruk
Kwintes:	A. de Jong
Timon:	E. Graafland
SDW:	S. Jenniskens
CJG Rijnmond (Voorzorg):	G. Millian
JSO:	José Huzen, Geeske Hoogenboezem, Fietje Schelling, Irene van Staalduinen, Leon van Lier en Rieneke de Groot

Bijeenkomst
Tijdens de expertmeeting zijn de opvallende punten uit de inventarisatie onder tienermoeders gepresenteerd. Op basis daarvan zijn we in 5 groepjes uiteen gegaan en is gekeken of deelnemers zich herkenden in de opvallende punten. Vervolgens hebben de groepjes aan de hand van stellingen de verdieping gezocht op deze opvallende punten, de hiaten en de verbeterpunten.



Stellingen
Tijdens de bijeenkomst werd door de 18 aanwezige experts over onder andere de volgende stellingen gediscussieerd:

- De specifieke expertise uit de opvang en nazorg moet toegankelijk zijn in lokale ambulante hulptrajecten.
- Tieners en tienermoeders krijgen betere voorlichting, hulp en opvang door richtlijnen over de kwaliteit.
- Betere begeleiding bij anticonceptie voorkomt (herhaalde) abortus.
- De opvang is teveel gericht op zelfstandigheid, dat past niet bij de levensfase van de (aanstaande) tienermoeders.
- Alle opvanginstellingen moeten een landelijke functie hebben.

Uitkomsten
Te weinig kennis over seksuele ontwikkeling en anticonceptie
Naast de opvang en begeleiding van tienermoeders en –vaders, is met name preventie van belang bij het voorkomen van ongewenste (tiener)zwangerschappen. Essentieel daarbij is goede kennis over seksuele ontwikkeling en weerbaarheid. De experts geven aan dat dit er bij de vrouwen in de opvang over het algemeen te weinig is. Zij hebben weinig kennis over het eigen lichaam, de vrouwelijke menstruatiecyclus en de zwangerschap. Zij weten vaak niet hoe anticonceptie werkt en gebruiken het daardoor veelal niet goed. Beschikbare informatie is vaak niet toegankelijk genoeg voor de doelgroep. De aanwezige experts menen daarom unaniem dat betere voorlichting over correct gebruik van anticonceptie (herhaalde) abortussen voorkomt. Er zijn daarvoor geschikte materialen beschikbaar maar deze zijn weinig bekend. In ieder geval is het belangrijk toekomstige hulpverleners te leren hoe belangrijk het is seksualiteit bespreekbaar te maken. Ook de school en/of de huisarts zouden hierin een rol kunnen spelen. En wellicht kunnen we onderzoeken of begeleiding bij anticonceptie digitaal of via social media gegeven kan worden?

Te weinig kennis over expertise
In de tienermoederopvang en nazorg is veel specifieke expertise over deze doelgroep beschikbaar. Deze expertise wordt echter niet of nauwelijks gebruikt in de ambulante hulpverlening. En dat is een gemiste kans, zo menen de experts. Zij geven aan dat dit mogelijk komt doordat er lokaal niet genoeg kennis is over het bestaande specialistische aanbod. Abortusklinieken kennen bijvoorbeeld onvoldoende het landelijk aanbod aan keuzebegeleiding waar zij de meiden naar door kunnen verwijzen. De aanwezigen zouden daarom graag zien dat er een landelijke database zou komen met daarin actuele informatie over het bestaande specialistische aanbod. Bovendien zou het volgens hen goed zijn als gemeenten en instellingen gestimuleerd werden om bij elkaar ‘in de keuken’ te kijken.

Betrekken sociaal netwerk
Het netwerk van (aanstaande) tienerouders is erg belangrijk. Hun sociale omgeving kan hen steunen bij hun nieuwe verantwoordelijkheden. Tienermoeders worden in de opvang geplaatst omdat zij geen netwerk hebben of een netwerk dat niet sterk genoeg is om hen op te kunnen vangen. Ook in die gevallen is het echter belangrijk familie, vrienden & kennissen en de wijk te betrekken bij de tienermoeder. De overgang van opvang naar zelfstandig met ondersteuning gaat dan veel natuurlijker. Het betrekken van het netwerk gebeurt op dit moment nog te weinig, ook omdat meisjes soms in opvanginstellingen worden geplaatst die ver bij hun woonplaats vandaan liggen. Het risico op ver weg plaatsen is groter als opvanginstellingen landelijk werken. Uiteraard zijn er uitzonderingen op het betrekken van het netwerk, bijvoorbeeld als er sprake is van huiselijk geweld of andere

veiligheidsrisico's en als er behoefte is aan specialistische opvang (bijv. bij ernstige gedragsproblematiek).
Niet in alle gemeenten blijkt het mogelijk om op een adequate manier het sociale netwerk te betrekken. Zo geeft één van de opvanginstellingen aan dat de vader van het kind van de gemeente niet betrokken mag worden als de moeder een uitkering ontvangt. Volgens de gemeentelijke regels geldt dit als fraude, waarna de uitkering gestopt wordt.

Speciale aandacht voor LVB
Speciale aandacht vragen de experts voor de doelgroep tienerouders met een (licht) verstandelijke beperking. Er zijn recent meer opvangplekken beschikbaar gekomen, dat is een goede zaak, maar de doelgroep is nog steeds onderbelicht. Door hun beperkte leervermogen is de gemiddelde negen maanden opvang meestal niet voldoende, zij hebben langere begeleiding nodig om zelfstandig voor hun kind te kunnen zorgen. Ook op het gebied van preventie is deze groep nog onderbelicht, terwijl het juist heel belangrijk is om het onderwerp bespreekbaar te maken. Het programma Kinderwens wordt in dit kader door enkele experts onder de aandacht gebracht.

Regiobinding
Tijdens de bijeenkomst kwam meerdere malen het onderwerp regiobinding aan de orde. De professionals ervaren hier problemen mee doordat gemeenten en woningbouwverenigingen een regiobindingseis of woonplaatsbeginsel hanteren bij aanspraak op voorzieningen. (Aanstaande) moeders in opvangvoorzieningen voldoen vaak niet aan de eisen die gesteld worden en kunnen bijvoorbeeld geen uitkering, urgentie of contingentwoning aanvragen. De doorstroom in organisaties die zelf geen harde regiobindingscriteria hebben stagneert hierdoor. De experts raden aan dat het voor alle (aanstaande) moeders in de opvangvoorziening mogelijk moet zijn om aanspraak te maken op voorzieningen van de gemeente of woningbouw.

Verbeteringen rondom scholing, werk en activering van tienermoeders
Gedurende de bijeenkomst worden er verschillende verbeterpunten genoemd rondom scholing, werk en activering van tienermoeders. Zo wordt kinderopvang niet vergoed als de moeder vrijwilligerswerk doet. Soms is dat echter nodig om de moeder toe te leiden naar betaald werk. Daarbij komen veel moeders in de opvanginstellingen niet in aanmerking voor kinderopvangtoeslag omdat zij ooit gefraudeerd hebben met een uitkering of toeslag. Tienermoeders vinden het moeilijk om kinderopvangtoeslag aan te vragen. Een van de aanwezige instellingen heeft een speciale medewerker aangesteld voor 16 uur per week, alleen om de aanvragen voor kinderopvangtoeslag te doen. Ten slotte wordt ervaren dat afspraken met betrekking tot scholing niet altijd maatwerk zijn.
Er zou net zoveel variatie moeten zijn als in de doelgroep, van zeer laag niveau tot universitair. De experts bevelen dan ook aan dat hulpverlening, onderwijs en gemeenten samenwerken om maatwerk te bieden en schooluitval bij zwangerschap te voorkomen.

Zelfstandigheid van tienerouders
In veel opvanginstellingen is een sterke focus op het aanleren van zelfstandigheid. Dit is echter niet voor alle moeders mogelijk en/of nodig. Lang niet alle moeders gaan bijvoorbeeld zelfstandig wonen of worden zelf verantwoordelijk voor hun budget. Ze hoeven dan ook niet voorbereid te worden op het nemen van die verantwoordelijkheden. Het perspectief van de moeder na verblijf in de opvang zou dan ook leidend moeten zijn. Ook voor de doelgroep tienermoeders jonger dan 18 geldt vaak dat de opvang te sterk gericht is op zelfstandigheid. Voor hen zou het dan ook passender zijn als zij in een pleeggezin of gezinshuis terecht zouden kunnen. Het is echter erg moeilijk om gezinnen te vinden die een (aanstaande) tienermoeder willen of kunnen opnemen. Het risico voor beide doelgroepen is dat de moeders overvraagd worden met als resultaat een groter risico dat het kind bij de moeder

weggehaald wordt. De experts bevelen aan dat de focus niet alleen ligt op zelfstandigheid, maar ook op het verantwoordelijk zijn voor het garanderen van de veiligheid van haar kind. Bijvoorbeeld: een tienermoeder kan prima tot laat uitgaan met vrienden als zij haar kind bij haar ouders heeft gebracht. Gezamenlijk doen de experts uiteindelijk de volgende aanbeveling: **Maak maatwerk mogelijk, werk samen en wees creatief!**

Bijlage 5 Literatuur

- Aar, F. van, Koedijk, F.D.H., Broek, I.V.F. van den, Coul E.L.M. op de, Soetens, L.C., Woestenberg, P.J., Heijne, J.C.M., van Sighem, A.I., Nielen, M.M.J. & Benthem, B.H.B. van (2014). *Sexually transmitted infections, including HIV, in the Netherlands in 2013*. Bilthoven: RIVM.
- Ainsworth, M.D.S., Bell, S.M., & Stayton, D.F. (1974). Infant-mother attachment and social development: Socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals. In M.P. Richards (ed.), *The integration of a child into a social world* (pp. 99–135). New York, NY: Cambridge University Press.
- Baart, A. en S. Keinemans (2007), *Pilot 3a. Het leven van jonge moeders.* Den Bosch: Actioma.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M.H., & Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin, 129*, 195–215.
- Berlo, W. van, Wijsen, C., & Vanwesenbeeck, I. (2005). *Gebrek aan regie: Een kwalitatief onderzoek naar de achtergronden van tienerzwangerschappen*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Bijsterveldt-Vliegenthart, M. van (2011). *Aanpassing kerndoelen inzake seksualiteit en seksuele diversiteit.* Brief aan voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, referentie 34767. Rijksoverheid: Den Haag
- Borkowski, J.G., Bisconti, T. Willard, C.C., Keogh, D.A., Whitman, T.L. & Weed, K. (2012).The adolescent as parent: Influences on Children's Intellectual, Academic and Socioemotional Development. In: Borkowski, J.G., Landesman Ramey, S. & Bristol-Power, M. (eds.). (2002) *Parenting and the Child's World; Influences on Intellectual, Academic and Socio-Emotional Development* (pp. 161 – 183). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Bowlby, J. (1969), *Attachment and loss*, Vol. 1: Attachment. New York, NY: Basic Books.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) & Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (2014). Jaarrapport 2014 Landelijke Jeugdmonitor. Den Haag: CBS.
- Crnic, K. A., Greenberg, M. T, Ragozin, A. S., Robinson, N. M., & Basham, R. B. (1983). Effects of stress and social support on mothers and premature and full-term infants. *Child Development, 54*, 209-217.
- Commissie Samson (2012). *Omringd door zorg en toch niet veilig; seksueel misbruik van door de overheid uit huis geplaatste kinderen, 1945 tot heden.* Amsterdam: Boom.
- Cyr, C., Euser, E.M., Bakermans-Kranenburg, M.J. & IJzendoorn, M.H. van (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology 22*, 87–108.
- Federatie Opvang (2009) *Inventarisatie opvangvoorzieningen jonge moeders*. Amersfoort: Federatie Opvang.
- Federatie Opvang (2010). *Knelpuntenanalyse toegang tot (jeugd)zorg voor kinderen voor kinderen en jongeren in vrouwenopvang, maatschappelijke opvang en beschermd wonen*. Amersfoort: Federatie Opvang.
- Fiom (2012*) Quickscan Onbedoelde zwangerschap voor huisartsen,* Den Bosch: Fiom.
- Fiom (2014), *Jaarmagazine 2013,* Den Bosch: Fiom
- Garssen, J. & Harmsen, C. (2013), *Nooit eerder zo weinig tienermoeders.* Verkregen van: http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/informatie/onderwijs/actueel/maatschappijleer/2013-3883-wm.htm.
- Gesell, S. & Dijk, L. van (2010). Jonge vaders. *Een kwalitatief onderzoek naar de achtergrond en rol van jongens bij ongeplande zwangerschappen*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Goenee, Van Zenderen & Van Santen (2014). *Programmeringsstudie Preventie Tienerzwangerschappen & Abortus.* Utrecht: Rutgers WPF – VWS.
- Goossen, S., (2014). *A safe and healty future; Epidemiological studies on the health of asylum seekers and refugees in the Netherlands* (proefschrift).
- Gorgels, Coolen & Leidmeier, 2009. MEE Signaal, Richtlijn kinderwens en ouderschap van mensen met een verstandelijke beperking. Utrecht: MEE Nederland
- Graaf, H. de, Meijer, S., Poelman & J., Vanwesenbeeck, I. *Seks onder je 25e.* Delft: Eburon, 2005.
- Graaf, H. de, Kruijer, H., Acker, J. van, & Meijer, S. (2012). *Seks onder je 25ste: Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2012.* Delft: Eburon.

- Hoogenboezem, G. & Oomen, R. (2010). 'Ik wist helemaal niks van baby's.' Een nieuwe koers voor het VBOK-huis. Gouda: JSO.
- Hoogenboezem, G., Oomen, R., Thiele, E., Donders, M., Mourits, R. (2010). Gezinsopvang voor jonge moeders met hun kind. Inventarisatie van mogelijkheden en beperkingen. Gouda: JSO.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) (2013). *Jaarrapportage 2012 van de Wet Afbreking Zwangerschap.* Den Haag: IGZ.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) (2014). *Jaarrapportage 2013 van de Wet Afbreking Zwangerschap.* Den Haag: IGZ.
- Inspectie van het onderwijs (2009) *Weerbaar en divers, onderzoek naar seksuele diversiteit en seksuele weerbaarheid in het onderwijs. Utrecht.*
- Jeugdmonitor (2014) Raadpleging van http://jeugdmonitor.cbs.nl/nl-nl/indicatoren/jongeren-en-gezin/tienermoeders/ op 22 augustus 2014.
- Jeugdzorg Nederland (2013). Kwaliteitskader voorkomen seksueel misbruik in de jeugdzorg Utrecht: Jeugdzorg Nederland.
- Jong, A.E. de, Aa, B.J.M., van der, (2011) *Tienermoeders en jonge moeders in Zuid-Holland Zuid; aantal behoeften en zorgaanbod.* Dordrecht: Onderzoekscentrum Drechtsteden.
- Kanters, B., Miedema, J., Buijs, C. op de en Sibon, M. (2012). *Onderzoek, ondersteuningsbehoefte hulpverlening jonge moeders*. 's Hertogenbosch: Fiom.
- Keinemans, S. (2010). *Eervol jong moederschap; Een studie naar de leefwereld van adolescente moeders*. Delft: Eburon.
- Kirby, D., Laris, B.A. & Rolleri, L. (2006). Sex and HIV education programs for youth: Their impact and important characteristics. *Youth Research Working Paper Series, 2*. Research Triangle Park, NC.
- Koekkoek, B. (2011). *Praktijkboek sociaal-psychiatrische begeleiding*; *methodisch werken met ernstige en langdurige problematiek*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Laan, A. E., Jeckmans, L., Drouven (2010). *Inventarisatie beleid en zorgaanbod tienermoeders in de jeugdzorg*. Bureau HHM, onderzoek en advies: Enschede
- Lenneke A., IJzendoorn R. van, Bakermans-Kranenburg M., Pannebakker F., Vogels T., Euser S. (2010). *Kindermishandeling 2010.* Leiden: Leiden Attachment Research Program.
- Leseman, P.P.M. (2007). Achterstandenbeleid: voorbij de voor- en vroegschoolse periode. In P.A.H. Van Lieshout, M.S.S. Van der Meij & J.C.I. De Pree (Red.), *Bouwstenen voor betrokken jeugdbeleid*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Lier, L. van (2002). *Bemoederen of bemoeien. Een onderzoek naar de ervaringen en wensen van jonge moeders en professionals in de regio Haaglanden met betrekking tot huisvesting, zorg en ondersteuning en informatievoorziening*. Den Haag: Fonds 1818.
- Lier, L. van (2007). *Een ongelukje met een prachtige beloning……: een verslag van tien interviews met (aanstaande) jonge vaders.* Delft: Van Lier Onderzoek.
- Mesman, J. (2011). Oud geleerd, jong gedaan. *Het Jonge Kind, 11,* 9-12.
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (2013). *Antwoorden Kamervragen over de opvang van tienermoeders.* Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport.
- Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Jaunin, L., Borghini, A., & Ansermet, F. (2004). Prematurity, maternal stress and mother-child interactions. *Early Human Development, 79*, 145-158.
- Nederlands Genootschap van Abortusartsen (NGA) i.s.m. o.a. Fiom, Ned. Vereniging Maatschappelijk werk (NVMW) en Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) (2011). *Richtlijn begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen.*
- Nederlands huisartsen genootschap (2012) *NHG standaard Kaart M32.* Raadpleging van https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/zwangerschap-en-kraamperiode op 22 augustus 2014.
- Nederlands Jeugdinstituut (NJi) (2012) *Aantal tienermoeders in Nederland sterk gedaald.* Webartikel raadpleging van http://www.nji.nl/nl/Actueel/Nieuws-over-de-jeugdsector/2012/Aantal-tienermoeders-in-Nederland-sterk-gedaald op 26 augustus 2014.
- Offerman, et al. (2005). *Andere tijden, andere meiden…?.* Utrecht, SWP.
- Oudhof, M., Zoon, M. & Steege, M. van der (2013). *Wat werkt bij jonge moeders?*. Gedownload op 5 december 2014. http://www.nji.nl/nl/%28311053%29-nji-dossierDownloads-Watwerkt_Jongemoeders.pdf

- Raap, S. en M. van Coblijn (2009), 'Tienervaders! Een vergeten groep'. Scala, expertisecentrum voor emancipatie en participatie. Rotterdam, Scala.
- Rijksoverheid (2011) *Landelijke nota gezondheidsbeleid: Gezondheid Dichtbij.* Raadpleging van: http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/notas/2011/05/25/landelijke-nota-gezondheidsbeleid.html op 22 augustus 2014.
- RIVM (2009), Sociaaleconomische status: Wat is de samenhang met gezondheid en zorg? Nationaal Kompas Volksgezondheid van: http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/sociaaleconomische-status/samenhang/ in september 2014.
- ROA (2009) Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt (2009). Zonder diploma. Aanleiding, kansen en toekomstintenties. Maastricht: ROA.
- Rutgers WPF (2014) *Factsheet Tienerzwangerschappen in Nederland*
- Rutgers WPF, (2013) *Landelijke abortusregistratie* raadpleging van http://www.rutgerswpf.nl/article/landelijke-abortusregistratie-lar op 22 augustus 2014
- Schelling, F., en Huzen, J. (2013) *Inventarisatie opvangaanbod tienermoeder met een LVB indicatie.* Gouda: JSO.
- Siriz (2014), *Jaarverslag 2013,* Amersfoort: Siriz
- Stalenhoef, A. (2009). Het geven van voorlichting en advies. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning 4*, (2); 47-50.
- Steketee, M., Tierolf, B. & Mak, J. (2014). *Kinderen in Tel Databoek 2014, Kinderrechten als basis voor lokaal jeugdbeleid*. Utrecht, Verwey-Jonker Instituut.
- Stichting Zwerfjongeren Nederland (2014). Stijging aantal zwerfjongeren. Raadpleging op: http://www.zwerfjongeren.nl/ op 16 december 2014.
- Voor de Jeugd (2014) *Stelselwijziging Jeugd. Factsheet Jeugdwet: Naar goede jeugdhulp die bij ons past*. Den Haag: ministeries van VWS en V&J en de VNG.
- Voor de Jeugd (2013). *Stelselwijziging Jeugd: landelijke ontwikkelingen aanpak kindermishandeling en huiselijk geweld.* Den Haag: ministeries van VWS en V&J en de VNG.
- Vries, H. de, Dijkstra, M. & Kuhlman, P. (1988) Self-efficacy: The third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioral intentions. *Health Education Research, 3* (3), 273-282.
- Wijsen, A. C., & van Lee, L. (2006). Kind van twee werelden: Een kwalitatief onderzoek naar de achtergronden van zwangerschappen bij allochtone tieners. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- WHO 2006 World Health Organisation in Bakker, F. (2006). Seksuele gezondheid in Nederland 2006 (No. 9). Eburon Uitgeverij BV. Pp 3.
- Wolff, M.S. de, & Van IJzendoorn, M.H. (1997). Sensitivity and attachment: a meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development, 68*, 571-591.

Websites

- Fiom Specialist bij ongewenste zwangerschap en afstammingsvragen. Kenniscollectie Jong ouderschap: https://fiom.nl/kenniscollectie/jong-ouderschap. Raadpleging: september 2014
- Nederlands Jeugdinstituut (NJi): http://www.nji.nl/nl/Databanken/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Erkende-interventies. Raadpleging: augustus 2014.
- Rijksoverheid: http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/jeugdzorg/jeugdzorg-in-de-wet Raadpleging: november 2014
- Tienermoeders: http://www.tienermoeders.nl/voor_tienermoeders_in_Amsterdam/dfc10b5c/9/bij_jou_in_de_buurt.aspx. Raadpleging: september 2014
- http://www.vng.nl/onderwerpenindex/decentralisaties-sociaal-domein/decentralisatie-jeugdzorg/nieuws/geactualiseerd-overzicht-van-jeugdzorgregios Raadpleging: januari 2015

Statistische informatie

- CBS Statline, raadpleging op 19 december 2014. Verkregen van: http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=80799NED&LA=NL (info dat het aantal daklozen is gestegen).
- CBS Statline, raadpleging op 22 augustus 2014. Verkregen van: http://jeugdstatline.cbs.nl/JeugdMonitor/publication/?DM=SLNL&PA=71795NED&D1=0&D2=5-16&D3=a&HD=090911-0933&HDR=T,G2&STB=G1&VW=C.
- Tympaan Instituut (2014) RIS, bewerking cijfers CBS. Raadpleging op 25 augustus 2014. Verkregen van http://www.ris-zh.nl/tables/table.php?best_nr=1056&table=1&bar=true.